



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Asiakaslähtöisen hoidon toteutuminen nuorisopsykiatriassa

Ruotsalo, Heli

2015 Lohja



Laurea-ammattikorkeakoulu
Lohja

Asiakaslähtöisen hoidon toteutuminen nuorisopsykiatriassa

Heli Ruotsalo
Terveiden edistämisen
koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu, 2015

Heli Ruotsalo

Asiakaslähtöisen hoidon toteutuminen nuorisopsykiatriassa

Vuosi	2015	Sivumäärä	80
-------	------	-----------	----

Tämän kehittämistyön tarkoituksena oli kartoittaa eräissä nuorisopsykiatriassa yksikössä asiakaslähtöisyyden toteutumista valmiin HUS-asiakastytyväisyyskyselyn avulla ja kuvata fokusryhmähaastattelun avulla nuorisopsykiatrisen hoitohenkilökunnan näkemyksiä, toiveita ja tarpeita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Kehittämistyön tavoitteena oli tuottaa tietoa tietojohdantamisen avuksi psykiatrisen hoidon muutostilanteissa kohti avohoidon lisäämistä ja kehittämistä. Tavoitteena oli myös aktivoida asiakastytyväisyyskyselyn käyttö osaksi työn arkea mittaamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen keinoja hyväksikäyttäen. Aineistoa kerättiin nuorisopsykiatriassa yksikössä määrällisellä menetelmällä valmiin HUS-asiakastytyväisyyskyselyn avulla helmikuusta 2015 kesäkuuhun 2015 sekä laadullisella menetelmällä haastattelemalla fokusryhmähaastattelulla seitsemää (n=7) hoitajaa. Laadullinen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Tuloksia hyödynnetään eräissä HUS:n nuorisopsykiatriassa yksikössä. HUS-psykiatrian muutoksissa uusien toimintamallien luominen ja toimintojen muuttuminen kohti avohoitopainotteisempaa työtä antavat mahdollisuuksia tarkastella tämänhetkisen työn tekemisen muotoja. Tässä työssä tuodaan esille erilaisia prosessien tarkastelun ja kehittämisen malleja, jotka voivat tuoda asiakkaalle lisäarvoa. Tuotoksessa käytetään laatukuilumallia ja Service blueprinting -kuvaustapaa nykytilan tarkastelussa.

Kehittämistyön tuloksina kehityskohteet muutosprosessissa löytyivät laatukuilumallianalyysillä parantamalla työntekijöiden osallisuutta, ottamalla asiakastytyväisyyskysely käyttöön, ottamalla toimintojen suunnittelussa asiakas keskiöön, parantamalla fyysisiä elementtejä, huomioimalla lähetekäytännön haasteita ja miettimällä palvelulupauksia. Samalla asiakastytyväisyyskyselyn käyttö muodostui osaksi työn arkea. Fokusryhmähaastattelun kautta esiin nousseet kehittämis ehdotukset olivat lähetekäytännön huomioiminen ja parantaa prosessien suunnittelua, kuulluksi tuloa, dialogisuutta, tasavertaisuutta, avoimuutta, luottamusta sekä vähentää hierarkiaa, parantaa ja kehittää viestintää ja osallisuutta. Service blueprintingin osalta esiin nousi lähetekäytännön sujuvoittaminen sekä prosessien miettiminen ja niiden kehittäminen. Laatukuilumallinnosta ja Service blueprinting -kuvaustapaa käyttäen, yhdistettynä asiakaskyselyyn ja henkilökunnan haastatteluun, loivat tässä työssä arviointimallin, jota voidaan käyttää asiakaslähtöisyyden kuvaamiseen, mittaamiseen ja kehittämiseen missä tahansa organisaatiossa, jossa asiakas nähdään toimintojen keskiössä.

Kehittämistyö tarjoaa näkökulmia ja kehittämis ehdotuksia tulevissa nuorisopsykiatria koske vissa muutoksissa kohti avohoidon lisäämistä. Esille nousseet kehittämistyön tulokset voivat olla tietojohdantamisen pohjana tulevaisuuden muutosprosessissa.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, dialogisuus, tietojohdantaminen, tietämyksenhallinta, prosessijohdantaminen.

Heli Ruotsalo

The realization of customer-oriented care in youth psychiatry

Year	2015	Pages	80
------	------	-------	----

The purpose of this development study was to chart how customer orientation was achieved in a youth psychiatric ward and to describe the views, wishes, and needs of the medical staff concerning how customer orientation was achieved. These were done using a ready-made HUS customer satisfaction questionnaire and a focus group interview. The aim of this study was to produce knowledge to support knowledge-based management in order to create more opportunities for outpatient care and develop it in the changing environment of the psychiatric care. Another objective was to activate the use of the customer satisfaction questionnaire as part of the everyday work to measure the quality and effectiveness of the care.

The development study was carried out using action research methods. The data was collected in the youth psychiatric ward using a quantitative method with a ready-made HUS customer satisfaction questionnaire and with a qualitative method by interviewing a focus group of seven nurses. These were done between February 2015 and June 2015. The qualitative data was analysed using content analysis. The results of this study will be used in a certain youth psychiatric ward of HUS. While HUS psychiatry is changing and more focused on outward care, creating new practices will give an opportunity to view current work methods. This study brings out different models for developing and viewing processes that can help to bring more value to the customer. This work uses a quality gap model and a Service Blueprinting description for examining current methods.

By using the Quality Gap model the following targets for development were found: the participation of the staff should be improved, to take customer satisfaction questionnaire as part of the routine, to bring the customer to the centre of planning, to create better physical elements, to acknowledge the challenges of the referral practice, and to re-evaluate the service pledges. At the same time using a customer satisfaction questionnaire became a routine in the work. Focus group interviews brought about the following suggestions: to develop the referral practice, improve process planning, to become heard, to improve dialogue, equality, openness, and trust, to decrease hierarchy, and to develop communication and participation. The Service Blueprint description brought about the following issues: to make referral practice more fluent, and rethinking and developing processes. The use of the Quality Gap model and Service Blueprinting and the addition of the customer satisfaction questionnaire and the staff interviews have produced an assessment model which can be used to describe, measure, and develop customer orientation in any organization where the customer is seen as the central agent.

This development study offers viewpoints and suggestions for developing youth psychiatry more towards outpatient care. The results obtained can form a basis of knowledge management in the change processes in the future.

Keywords: customer-oriented, dialogue, knowledge management, knowledge control, process management.

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Kehittämistyön tietoperusta	9
2.1	Keskeiset käsitteet	11
2.2	Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa	12
2.3	Dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä asiakaslähtöisenä toimintatapana	16
2.4	Dialoginen näkökulma hoitokulttuuriin ja suhde arvoihin	17
2.5	Tietojohtaminen muutosprosessissa	19
2.6	Prosessilähtöisyys palvelutuotannossa	20
3	Kehittämistehtävät	20
4	Kehittämistyön toteutus	21
4.1	Kehittämismenetelmä	21
4.2	Kehittämisympäristön kuvaus	23
4.3	Ensimmäinen vaihe, Kehittämisympäristön nykytila	25
4.3.1	Asiakaslähtöisyyden toteutumisen tarkastelua laatukuilumallin avulla	25
4.3.2	Service blueprinting kehittämistyön apuvälineenä	27
4.3.3	Nykytilan mallinnus prosessikaavion muodossa	30
4.4	Toinen vaihe, Nuorisopsykiatrisessa hoidossa olevan asiakkaan tyytyväisyys	32
4.4.1	Tiedonkeruumenetelmänä HUS-asiakastyytyväisyyskysely	32
4.4.2	Asiakkaan tyytyväisyys omaan hoitoonsa	33
4.5	Kolmas vaihe, Hoitotyöntekijöiden kokemukset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta	38
4.5.1	Fokusryhmähaastattelu menetelmänä	39
4.5.2	Hoitohenkilökunnan haastattelun analyysi	40
4.6	Yhteenveto tuloksista	52
5	Kehittämisehdotukset	58
5.1	Laatukuilumallin ja asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten kautta esille tulleet kehittämisehdotukset	58
5.2	Fokusryhmähaastattelun ja Service blueprintingin kautta esille tulleet kehittämisehdotukset	60
5.3	Tulevaisuuden näkymät nuorisopsykiatrian muutoksessa kohti avohoitoa	62
6	Kehittämistyön arviointi	63
6.1	Kehittämistyön menetelmien arviointi	64
6.2	Kehittämistyön tulosten arviointi ja validiteetti	65
6.3	Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus	66
6.4	Johtopäätökset ja jatkokehittäminen	67
	Lähteet	71
	Kuviot	75

Taulukot	76
Liitteet.....	77

1 Johdanto

HUS-psykiatria on ollut jo pitkään muutoksessa. Psykiatrian toimintaympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia, mm. uusi terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326), uusi HUS-strategia, HYKS-osaamiskeskuspohjainen organisaatiouudistussuunnittelu, refinement-hankkeen (THL, Refinement-hanke) HUS-palvelujärjestelmää koskevat tutkimustulokset sekä meneillään oleva laaja SOTE-uudistus. (HUS-psykiatrian toimintasuunnitelma 2013, 3.) Hyksissä on meneillään organisaatiouudistus, jonka pohjaksi on noussut osaamiskeskumalli (HUS-psykiatrian toimintasuunnitelma 2013, 6). Psykiatrian painopiste on nykyisin avohoidossa, jota tukevat alueellisten somaattisten sairaaloiden yhteyteen suunnitellut ja siirtyvät avohoidon tukiosastot. Psykiatrian sairaalapaikkojen tavoitteellinen mitoitus HUS-alueella on 0,4 promillea eli 4 sairaalapaikkaa 10 000 asukasta kohti. Tämä edellyttää avohoidon voimakasta kehittämistä. (HUS-alueen psykiatrian kokonaissuunnitelma 2015–2019; Kontio 2011). Hyvä psykiatrinen hoito on kliinisistä, inhimillisistä ja taloudellisista syistä nykyisin valtaosin avohoitoa (Kontio 2011, 1–4.)

Muutoksen keskiössä on aina potilas tai asiakas. Julkisessa terveydenhuollossa haetaan ratkaisuja, kuinka selvitä muuttuvasta ja kasvavasta palvelutarpeesta yhä tiukemmilla talousvaateilla sekä niukemmilla resursseilla. Tätä tilannetta voidaan hallita niin tiedolla kuin johtamisellakin. Tiedon merkitys ja ymmärrys sen monimuotoisuudesta lisääntyy jatkuvasti. Julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmät kohtaavat tulevaisuudessa yhä suurempia haasteita ja kansalaisten vaatimukset ja odotukset palveluita kohtaan kasvavat. (Rytilä 2011, 13–14.)

Asiakaslähtöisessä kehittämisessä voidaan puhua asiakkuuden johtamisesta. Kyse on vastavuoroisesta prosessista asiakkaan ja palveluorganisaation välillä. Asiakkaan vastuulla prosessissa on tietoisuus omasta roolistaan, oikeuksistaan sekä myös aktiivinen osallistuminen palvelutuotannon kehittämiseen. Palveluorganisaation vastuulla on asiakaslähtöisen kulttuurin kehittäminen, asiakas-ymmärryksen vahvistaminen, mahdollisuuksien avaaminen asiakkaiden osallistumiselle palvelutuotannon suunnitteluun, palvelusisältöjen kehittäminen ja palvelujen jakelukanavien suunnittelu ja toteutus. Kohtaamisista syntyy koko organisaation asiakaslähtöisyys, joka rakennetaan jokaisessa palvelutapahtumassa aina uudestaan ja uudestaan. (Kiviniemi ym. 2014, 154–163.)

Prosessilähtöisessä ajattelussa lähtökohtana on asiakkaiden tarpeisiin vastaaminen. Prosessilähtöinen ajattelu perustuu kokonaisvaltaisuuteen, asiantuntijoiden väliseen yhteistyöhön ja sen johtamiseen. (Kiviniemi ym. 2014, 35.) Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326) kuin myös Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa (Mieli 2009–2015) korostuvat potilaan aseman vahvistaminen, avohoitopalvelujen ja perusterveydenhuollon vahvistaminen sekä mielenterveyden ja päihteettömyyden edistäminen ja hoito. Terveydenhuoltolain tavoitteena

ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Potilaiden valinnanvapaus on lisääntymässä ja terveyspalvelumarkkinoiden kilpailuasetelma kiristyy.

Asiakaslähtöinen hoito koostuu monista elementeistä. Lainsäädäntö ohjaa terveydenhuoltoa huomioimaan asiakaslähtöisyyttä hoidossa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) takaavat potilaan oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen. Mielenterveyslaissa (14.12.1990/1116) asiakaslähtöisellä mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä.

Asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan tässä kehittämistyössä niin organisaation, asiakkaan kuin henkilökunnankin lähtökohdista. Asiakaslähtöisen hoitotyön tärkeänä piirteenä ovat vuorovaikutustaidot ja dialogisuus. Dialogi toteutuu työyhteisössä monella tasolla eri ammattikuntien ja asiantuntijoiden kesken, dialogisen työyhteisön edellytys on tasa-arvoisuus. (Haarakangas 2008, 128.) Avoimen dialogin taustalla on Torniossa sijaitsevassa Keroputaan sairaalassa tehty kehitystyö (Seikkula & Arnkil 2011, 25).

Asiakaslähtöisyyden perustana on ihmisarvon kunnioitus ja ihmisestä välittäminen. Asiakas kohdataan aktiivisessa ja yhdenvertaisessa roolissa. (Järnström 2011, 45–46.) Palvelujen käyttäjien osallisuus nähdään tärkeänä, kun halutaan tuottaa laadukkaita sekä asiakkaan toiveita ja tarpeita vastaavia palveluita. Palveluiden käyttäjillä on syvällistä kokemuseräistä tietoa, jota voidaan käyttää palveluiden kehittämiseen. (Laitila 2010, 3.) Laakkonen (2004, 43) on sitä mieltä, että hoitokulttuurilla työympäristönä on yksittäisen hoitajan persoonallisia piirteitä merkittävämpi vaikutus hoitajan työtyytyväisyyteen, työssä jaksamiseen ja hyvinvointiin, jotka puolestaan heijastuvat ammatilliseen kasvuun sekä tuotettujen hoitotyön palvelujen laatuun. THL:n työpaperin (36/2014) mukaan asiakaslähtöisyyttä voidaan myös tarkastella kokemusasiantuntijuuden kautta. Kokemusasiantuntijatoiminnan tavoitteena on asiakaslähtöisyyden lisääminen, sosiaali- ja terveydenhoitojärjestelmän kehittäminen, osallistuminen asiakastyön suunnittelemiseen, toteutukseen ja arviointiin. Sen tehtävänä on auttaa luomaan myös palvelun käyttäjille mahdollisuuksia osallistua kokemusasiantuntijatoimintaan. (Kostiainen ym. 2014, 7.)

Tässä työssä asiakas ymmärretään käsittämään ensisijaisesti nuorta mutta myös nuoren perhettä tai muuten hoidossa mukana olevaa verkostoa. Mielenterveystyössä potilaan ja asiakkaan käsitettä ei ehkä voi erottaa toisistaan yhtä johdonmukaisesti kuin muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilas-termin voidaan katsoa korostavan huolenpitoa ja hoitavan henkilöstön osittaista vastuuta. Asiakas-termi puolestaan korostaa toimijoiden tasavertaisuutta ja asiakkaan päätösvaltaa. Mielenterveyden hoidossa käytetään molempia termejä. (ETENE 25

2009, 10.) Keskeiset käsitteet tässä työssä ovat asiakaslähtöisyys, dialogisuus, tietojohdajuus eli tietämyksenhallinta ja prosessijohtaminen.

Tämän kehittämistyön tarkoituksena on kartoittaa sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista eräässä nuorisopsykiatrisessa yksikössä valmiin HUS-asiakastyytyväisyyskyselyn avulla että kartoittaa fokusryhmähaastattelun (focus group interview/discussion) avulla nuorisopsykiatrisen hoitohenkilökunnan näkemyksiä, toiveita ja tarpeita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa tietojohdamisen avuksi psykiatrian muutostilanteessa kohti avohoidon lisäämistä ja kehittämistä. Tavoitteena on myös aktivoida asiakastyytyväisyyskyselyn käyttö osaksi työn arkea mittaamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Tämän kehittämistyön avulla pyritään tarkastelemaan asiakaslähtöisyyttä asiakkaan kokemana kuin myös henkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Miten laadukas asiakaslähtöinen hoito toteutuu eräässä nuorisopsykiatrisessa yksikössä? HUS-psykiatrian muutoksissa uusien toimintamallien luominen ja toimintojen muuttuminen kohti avohoitopainotteisempaa työtä antavat mahdollisuuden tarkastella tämänhetkisen työn tekemisen muotoja. Tässä työssä tuodaan myös esille erilaisia prosessien tarkastelun ja kehittämisen muotoja, jotka voivat tuoda asiakkaalle lisäarvoa. Tuotoksessa käytetään laatukuilumallia ja Service blueprinting -kuvaustapaa. Esille nousevat asiat ja tulokset voivat olla tietojohdamisen pohjana tulevaisuudessa. Lähtökohtana ja lopputuloksena pyritään löytämään tietoa ja keinoja, joilla saamme tyytyväisiä asiakkaita yhteiskunnallisesti kustannustehokkaalla tavalla.

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen keinoja hyväksikäyttäen. Aineistoa kerättiin määrällisellä menetelmällä valmiilla HUS-asiakastyytyväisyyskyselyllä ja laadullisella menetelmällä fokusryhmähaastattelulla. Tuloksia hyödynnetään eräässä HUS:n nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidon yksikössä, työn tuloksia on ehkä hankala hyödyntää muualla, koska alueelliset erityispiirteet ohjaavat nuorisopsykiatriseen yksikköön kohdistuvia muutoksia ja haasteita. Työssä käytetyt menetelmät ja mallit kuitenkin sopivat hyvin mihin tahansa sosiaali- ja terveysalan organisaation toiminnan kehittämisen pohjaksi, jossa asiakas ja asiakkaan tarpeet on asetettu toimintojen keskiöön.

2 Kehittämistyön tietoperusta

HUS:n arvoina ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus sekä keskinäinen arvostus (Hus-strategia 2012–2016). Strategia ja arvot kuuluvat yhteen, koska strategia sinänsä ilmentää arvoja. Strategian toteutuminen riippuu organisaation kulttuurista - arvot puolestaan muokkaavat kulttuuria. Strategia ja arvot kannattaa ajatella erillisinä, koska arvot kuvaavat yhteisön iden-

titeettiä ja strategia tehtävää. Arvot vaikuttavat pidempään kuin strategia; sekä arvot että strategia ovat toistensa tasapainottajia ja kriitikoita. (Aaltonen ym. 2003, 183.)

Toimiva palvelu määrittyy pitkälti työntekijöiden asenteista ja välittämisestä, laadukas kontakti syntyy huolenpidosta, kyvystä ottaa kontakti asiakkaisiin sekä tavasta puhua asiakkaille. Kysymys on asiakaslähtöisestä ja asiakkaan tilannetta ymmärtävästä otteesta työhön. (Kiviniemi ym. 2014, 64–65.) Ihmisten odotetaan käyttäytyvän arvojen mukaan. Keskustelu arvoista auttaa meitä ymmärtämään, mitä arvot merkitsevät työyhteisössä. Kun arvot näkyvät työntekijöiden käyttäytymisessä, niistä tulee pelisääntöjä. (Ahonen & Lohtaja-Ahonen 2011, 72–73.)

Toimivat julkiset palvelut tuottavat arvoa ja palveluiden tuottama arvo liittyy laatuun. Toimiville palveluille, laadulle ja arvolle tulisi pyrkiä asettamaan mittareita ja kriteereitä ja nykyisin kiinnitetään huomiota siihen, että kriteerit ovat avoimia myös käyttäjille. Näitä käytäntöjä voidaan nimittää palvelulupauksiksi. Mittaamista harjoitetaan, jotta pystyttäisiin arvioimaan asioiden toimivuutta, kontrolloimaan ja hallitsemaan palveluita, sekä vaikuttamaan palveluiden vastuulliseen toteutukseen. (Kiviniemi ym. 2014, 53–55.)

Prosessiajattelu pakottaa mukaan ajattelemaan palvelutuotantoa toiminnan tehokkuuden ja asiakasvaikuttavuuden näkökulmasta. Asiakaslähtöiset prosessit laittavat organisaation ajattelemaan oman toiminnan tulosta ja sujuvuutta. Tulos mitataan tällöin aina potilaan tai asiakkaan saamana hyötynä. (Kiviniemi ym. 2014, 71–73.)

Johtaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa on tähän asti nojautunut tuotanto- ja talouslähtöiseen ajatteluun. Prosessijohtamisen käytänteet, kuten toiminnanohjauksen kannalta konkreettiset ja toimivat palvelutuotannon tulosten ja vaikutusten mittarit ovat vasta kehittymässä palveluiden tuottamisen ja järjestämisen tasolla. Vahvat ammattikunnat muodostavat haasteen sosiaali- ja terveydenhuollossa palvelujen johtamiselle. (Kiviniemi ym. 2014, 35.) Laatutoiminnan perinteenä on ollut kiinnittää huomiota työprosessien suunnitteluun. Prosessikeskeinen ajattelutapa korostaa yhteistoimintaa ja oman tehtävän näkemistä kokonaisuuden yhteydessä. Hyvä prosessi tuottaa hyvää toimintaa, prosessin puutteellinen toiminta puolestaan aiheuttaa ongelmatilanteita, turhaa työtä ja virheitä. Suunnittelematon prosessi on myös kallias, sillä työnkulkua hidastavat pullonkaulat maksavat. (Jalava & Virtanen 1996, 62.)

Päätöksenteko on haastavaa julkisella terveydenhuoltoalalla ja kiinnittyy vahvasti prosessien johtamiskysymyksiin. Päätökset tehdään usein tilanteissa, joissa tulevaisuudesta ei olla täysin varmoja ja tehdyt päätökset vaikuttavat kuitenkin organisaatioon. Toisaalta päätöksiä saateen joutua tekemään liiallisen tietotulvan ympäröimänä. Strategisten päätösten voidaan kat-

soa muuttavan organisaatiota merkittävästi, mikä taas voi olla vaikeaa organisaatiossa vallitsevan kulttuurin takia. (Rytilä 2011, 113.)

2.1 Keskeiset käsitteet

Tässä työssä perehdytään asiakaslähtöisyyteen niin asiakkaan kuin hoitotyöntekijänkin kokemana. Terveystieteiden tutkimuksessa puhutaan yleensä potilaista ja potilaskäsittelyn muuttamisen asiakkaaksi on tärkeää päämäärä kohti asiakaslähtöisyyttä. Tähän tarvitaan asennemuutosta niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin keskuudessa. (Haakana & Näppi 2013, 9.)

Asiakaslähtöisyys ei ole mahdollista tietämättä sitä, millaisia asioita asiakkaat pitävät hyvinä ja tavoiteltavina. Asiakaslähtöisyys voidaan nähdä toiminnan arvoperustana, näkemyksenä asiakkaasta sekä hoitotoiminnan luonteesta että työntekijään kohdistuvana näkemyksenä. (Järnström 2011, 47.) Mielenterveys- ja päihdetyö ovat aidosti asiakaslähtöisiä vain, jos asiakas kokee osallisuutta (Laitila 2010, 5). Asiakaslähtöisestä toiminnasta on tullut itseisarvo vaikka toiminnalta puuttuvat selkeästi määritellyt työnjako, kriteerit ja määritteet. Asiakaslähtöinen mielenterveystyö voi olla käsitteenä tuttu, mutta käytännön toiminta on paljolti asiantuntijakeskeistä ja organisaatiolähtöistä. Asiakaslähtöisyys voidaan usein ymmärtää myös hyvän hoidon synonyymiksi. Asiakaslähtöisen työtavan ytimenä on asiakkaan kuuleminen ja hänen kokemuksensa. Asiakas on itse oman asiansa paras asiantuntija ja hänellä tulisi olla mahdollisuus määrittää tarvitsemansa palvelut. Asiakaslähtöisyys ei kuitenkaan ole asiakaskeskeisyyttä tai asiakasjohtoisuutta, jossa palvelut ja niiden sisällöt ohjautuvat yksinomaan asiakkaan suunnitelmien varassa, vaan asiakaslähtöisyys on enemmänkin dialoginen ja yhteiselle neuvottelulle pohjautuva vuorovaikutussuhde. (Laitila 2010, 25.)

Dialogisuudessa kieli on kommunikaation ja ajattelun väline. Kielen avulla muodostamme merkityksiä ja välitämme niitä toisille ihmisille. Kaikki sosiaalinen elämä ja keskinäinen kommunikaatio perustuvat sanoihin, kuviin tai ruumiin kieleen. Sanaton viestintä on tärkeä osa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Puhe on kuitenkin keskeisin väline, kun haluamme tehdä itsemme ymmärrettäväksi toisille ihmisille. Tällöin olemme dialogissa keskenämme. Dialogi on välitöntä, vastavuoroista, se tapahtuu tässä ja nyt. (Haarakangas 2008, 24–25.) Dialogi on prosessi, jonka lopputulos ei ole ennalta määrätty, vaan jää usein avoimeksi. Dialogi on vastakohta monologille, yksinpuhelulle. Dialogissa korostuvat ilmaistun asian tarkastelu eri näkökulmista ja kuuntelu. Dialogin avulla ei haeta vain yhtä totuutta, vaan kertomuksen moninaisuutta, jossa on tärkeää erilaisten äänien, kokemusten ja mielipiteiden mukana olo keskustelussa. (Kiviniemi ym. 2014, 83.) Haarakankaan (2008, 127) mukaan kehityksessä kohti dialogista työyhteisöä tärkeä vaihe on, kun asiantuntijat kokevat olevansa osa tiimiä tai työryhmää yhdessä monien muiden työntekijöiden ja ammattikuntien edustajien kanssa edellyttäen verkostoitumista ja yhteistyötä heidän kanssaan.

Tietojohdaminen on suhteellisen uusi johtamisen osa-alue ja siihen liittyvät käsitteet ovat jossain määrin vielä vakiintumattomia. Tietojohdaminen pyrkii tuomaan esille organisaatioiden suorituskykyä ja työn sujuvuutta. Siinä on kyse tietointensiivisten organisaatioiden ja työntekijöiden johtamis- ja toimintamalleista. Tietojohdamisen keskeisinä haasteina on kuitenkin tietoon pohjautuvan arvonluontilogiikan ymmärtäminen. Tehtävänä on muodostaa kokonaiskuva organisaation hallussa olevasta tiedosta ja valjastaa se palvelemaan liiketoimintaa. (Laihonen ym. 2013, 9–12.) Tiedon käsite on laaja. Tietojohdamisen alalla voidaan tietoa jakaa kolmeen eri luokkaan: tietämykseen, joka perustuu kokemukselliseen inhimilliseen tietämykseen, toiseksi rakenteelliseen dataan, jota voidaan käyttää analyysissä ja kolmanneksi dataan, joka on rakenteettomia tosiasioita. Tiedon tasojen lisäksi toinen yleinen erottelu tietojohdamisessa tehdään hiljaisen tiedon ja eksplisiittisen tiedon välillä. (Laihonen ym. 2013, 18.)

Prosessilähtöisessä ajattelussa asiakaslähtöisen toimintatavan aikaansaaminen vaatii kokonaisvaltaisia muutoksia prosesseissa, tekniikoissa, organisaation rakenteissa ja infrastruktuurissa (Kiviniemi ym. 2014, 32.) Sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen on toteutettavissa parhaiten kehittämisen ja innovaatioiden kautta. Kehittämistyö ja innovaatioiden johtaminen edellyttää muutoksen johtamista. Uudistumiseen tähtäävän kehittämisen käynnistävänä voimana saattavat olla tunnistettavat ongelmat ja esiin nousevat mahdollisuudet. Lähes kaikki tekeminen ja toiminta organisaatiossa, esimerkiksi suhde asiakkaisiin ja sidosryhmiin, työilmapiiri, esimiestyö, työntekijöiden luovuus ja toimivat prosessit voivat olla innovaatiokyvykkyiden lähteinä. Kehittämistoimintaan ja innovaatioihin kuuluu ajatus kehittämisen kriittisestä arvioinnista. Oppiminen on mahdollista vain katsomalla peiliin. Kehittämistoimintaa tulisi arvioida sosiaali- ja terveystaloutta tuottavissa organisaatioissa tavoitteiden tarkoituksenmukaisuuden, käytettyjen resurssien, saatavien tulosten ja vaikutusten näkökulmasta. (Kiviniemi ym. 2014, 96.)

2.2 Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveystalouteissa

Asiakaslähtöisyyttä määritellään ja luodaan hyvin herkästi palveluita tuottavan organisaation tarpeista käsin. Organisaation kehittämistyössä on usein kuitenkin kysymys mallien, järjestelmien ja systeemien kehittämisestä. Asiakaslähtöisyyden todelliseksi kehittämiseksi asiakas ja hänen tarpeensa pitäisi asettaa palveluntuotannon keskipisteeseen.

Asiakaslähtöisessä kehittämismallissa asiakasymmärryksen syventämisen pohjalta tunnistetaan asiakkaan tarpeita, vaihtoehtoisia ratkaisuja tai käyttäjäinnovaatioita. Sen jälkeen asiakas on mukana valitsemassa parasta ratkaisua kehitettävään asiaan. Asiakas testaa ja käyttää kehitettyä toimintaa, ja siitä saatua käyttäjäkokemusta voidaan edelleen käyttää kehittämistyössä. (Haakana & Näppi 2013, 8.)

Asiakastyön tarkoituksena on edistää hyvää vointia, ehkäistä mielenterveyden häiriöitä, auttaa ja hoitaa tarvittaessa, lievittää kärsimystä ja luoda psyykkistä hyvinvointia, toimintakykyä ja persoonallista kasvua tukevia elinolosuhteita. Asiakaslähtöinen toiminta on eettistä ja siinä hyödynnetään tieteellistä, persoonallista ja intuitiivista (hiljaista) tietoa. Työntekijän tulee reflektoida omaa toimintaansa ja luopua asiantuntijavallastaan. Yhteistyön lähtökohtana on asiakkaan kokemus ja työn tulee lähteä liikkeelle asiakkaan aloitteesta. Tällainen työskentely edellyttää työntekijälähtöistä ja inhimillistä johtamista, jossa asiakaslähtöisen työn ytimenä on johtamisen päämäärä. (Laitila 2010, 27.)

Toikon (2006, 13–22) mukaan asiakkaiden osallistuminen on ajankohtainen sosiaalipoliittinen tavoite. Monet sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasryhmät eivät ole vapaan kuluttajan roolissa, joten heidän asemansa vahvistaminen edellyttää palveluiden käyttäjien osallistumista tuotantoprosessiin. Tampereella tehdyn tutkimuksen asiakaslähtöisyyttä lasten ja nuorten palveluprosessissa käsittelevän tutkimuksen (Viitasaari 2012, 43) mukaan, asiakaslähtöisessä palveluidenkehittämisessä olisikin ensin analysoitava asiakaslähtöisyyden käsitteen määritelmä ja sen merkitys eri toimijoille, lapsille ja nuorille erikseen, sekä heidän huoltajilleen.

Asiakkaan lähtökohdat osallisuuden kokemukselle määrittävät Kasevan (2011) tutkimuksen mukaan asiakkaan suhteen asiantuntijavaltaan, kuten myös tiedon prosessoinnin kyky, omien ajattelumallien ja asenteiden hallinta, ja sosiaalinen tuki. Kokemusasiantuntijan roolista käsin asiakkaalla on mahdollisuuksia kehittää palveluita, jolloin asiakas voi toimia tiimityössä asiantuntijoiden kanssa. Asiakkaan osallisuuden kehittyminen voidaan nähdä prosessinomaisesti kehittyvänä, asiakkaan ollessa ensin palvelujen kohteena, sitten palautteen antajana, osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä sekä lopulta aktiivisena palvelujensa kehittäjänä. (Kaseva 2011, 41–44.)

Ilman asiakkaan kuulemista ei voida saada selville sitä, mitä hän haluaa. Tarpeiden ja toiveiden tunnistamisen jälkeen asiakkaalle voidaan laatia realistinen jatkosuunnitelma. Instituution kannalta asiakkaan toiveiden ja tarpeiden kuuntelu olisi mielekästä myös kustannustehokkuutta ajatellen. (Järnström 2011, 151.) Jos asiakas kokee tullessa kuulluksi kohtaamisessa työntekijän kanssa, on sillä todettu olevan merkitystä hoitoon sitoutumiselle ja tulokselliselle hoidolle. Palveluiden käyttäjien osallisuuden avulla voidaan lisätä tyytyväisyyttä hoitoon sekä hoitomyönteisyyttä, osallisuus nähdään osana hyvää hoitoa ja käytäntöä. (Laitila 2010, 4.)

Leväsluodon ja Kivisaaren (2012) tutkimuksen mukaan asiakaslähtöisyys käsitteenä on monimerkityksinen ja haastava. Terveystieteiden huollossa on usein käytetty sanaa potilas, joten potilaskäsitteen muuttaminen asiakaskäsitteeksi on tärkeä etappi kohti asiakaslähtöisyyttä. Asetei-

den muutoksella niin asiakkaiden kuin toimijoidenkin keskuudessa on suuri vaikutus asiakkaiden kasvavaan mahdollisuuteen ottaa vastuuta omasta hoidostaan. Usein uusien toimintamallien käyttöönotto on kuitenkin hankalaa, jos kaikki aika ja resurssit menevät arjesta selviämiseen. Keskeiset esteet asiakaslähtöisten palvelumallien käyttöönotolle löytyvät usein asenteiden ja resurssien takaa. (Leväsluoto & Kivisaari 2012, 29–31.)

Potilaskeskeisellä toiminnalla nähdään olevan kaksi tavoitetta- potilaan osallisuuden edistäminen ja hänen hoitonsa yksilöllisyys. Sen avulla on arvioitu voitavan parantaa hoitoon sitoutumista ja yleensä hoidon laatua, mikä puolestaan voi vähentää terveydenhuollon kustannuksia. Yksilöllinen potilaslähtöinen hoito voi parantaa hoidon tuloksellisuutta, se voi lisätä potilaan pystyvyyden tunnetta sekä vähentää oireiden määrää sekä lisätä tyytyväisyyttä hoitoon. (Laitila 2010, 24.)

Lasten ja nuorten hyvinvointia eivät ratkaise ensisijaisesti palvelut, vaan ihmissuhteet. Läheiset ihmissuhteet kannattelevat lasta ja nuorta. Lapsille ja nuorille kuitenkin myös palvelut ovat ihmisiä ja ihmissuhteita. Aikuisten asenne vaikuttaa enemmän kuin ammattikunta, se, onko kiinnostunut juuri tästä nuoresta, hänestä ainutlaatuisena yksilönään. Nuorten kannalta laatuongelmia luovat työntekijöiden vaihtuvuus ja ammattilaisten erikoistumisesta johtuva jatkuva uusiin ammattilaisiin tutustuminen. Tärkeää olisi kuulla lapsia ja nuoria ja heidän mielipiteitään siitä, kuka heidän asioitaan pääasiallisesti hoitaa. Lasten ja nuorten kokemus-asiantuntijuutta tulisikin hyödyntää. Lapsen ja nuoren, ammattilaisen ja vanhemman näkökulmasta laatuun vaikuttavat tekijät voivat olla hyvinkin erilaisia. Kaikkien näkökulmaa tarvitaan laadukkaan ja vaikuttavan palvelun kehittämiseen. (ETENE 41, 2013, 37–40.)

Asiakas on yksi ja sama palvelukokonaisuuden eri osa-alueilla läpi palveluiden hallintorajojen. Asiakaslähtöisen kehittämisen eri osa-alueet ovat ensiksi asiakkaan palveluymmärryksen rakentaminen. Asiakkaan tulee saada tietoa oikeuksistaan ja velvollisuuksistaan sekä asiakkaan roolista ja mahdollisuuksista vaikuttaa ja osallistua eri osissa palvelutapahtumaa ja -prosesseja. Asiakkaan osallistumisen mahdollisuuksia tulisi lisätä, asiakaskokemus nousee tärkeään sijaan palveluita kehitettäessä, ja asiakaskokemus onkin tunnistettu liiketaloudessa keskeiseksi yritysten menestymisen tekijäksi. (Virtanen ym. 2011, 22.)

Tekesin katsauksessa tulee esille, että sosiaali- ja terveydenhuollon sektorien vahvat ammatilliset erikoistumisen perinteet ovat luoneet painetta määritellä asiakaslähtöisyyttä uudella tavalla. Asiakkaita ja potilaita on totuttu tulkitsemaan professionaalisten viitekehysten kautta, mikä ei aina ole edistänyt kokonaisvaltaista asiakkuuden ymmärtämistä palvelujen tuottamisessa ja järjestämisessä. Asiakaslähtöisyyden kehittäminen auttaa vastaamaan moneen sosiaali- ja terveyssektoria koskevaan uudistustarpeeseen. (Virtanen ym. 2011, 7–8.)

Virtasen ym. (2011) mukaan asiakaslähtöisyys on helposti sosiaali- ja terveydenhuollossa itseisarvo. Tällöin asiakkaan kanssa toimimisen tapoja ei välttämättä huomata kyseenalaistavaa ja tarkastella omassa työssä ja työyhteisössä, vaikka toimintatapojen kehittäminen ja muuttaminen sitä kuitenkin aina vaatii. Esimiesten ja johtajien esimerkillä on suuri merkitys, esimiehellä on mahdollisuus omalla toiminnallaan innostaa muita muuttamaan asenteitaan asiakaslähtöisemmiksi. Asennemuutos lähtee usein liikkeelle käytännön toimintatapojen muuttamisella. Organisaation työntekijöiden keskinäinen arvostus, ammattitaidon hyödyntäminen ja kanssakäyminen ovat keskeisiä arvoja. Myös johtajan rooli on ennen kaikkea asiakaspalvelijan rooli, sillä hän raivaa esteet työntekijöidensä asiakaslähtöisen tekemisen ja kehittämisen edestä. (Virtanen ym. 2011, 46–47.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa eri toimialojen ja toimintojen rajapintojen johtaminen on suuri haaste, jo senkin takia, että eri alojen käsitykset asiakaslähtöisyydestä ja ymmärrys keskinäisistä hierarkioista voivat erota voimakkaastikin toisistaan. Asiakaslähtöisen toimintamallin rakentaminen edellyttääkin panostamista johtamiseen ja rajojen ylittämiseen, koskivatpa ne sitten sosiaali- ja terveydenhuollon ammattikuntaa, hallinnollisia käytäntöjä tai organisaatioiden välisiä raja-aitoja. Keskeistä on kiinnittää huomio yhteistoimintaan, työprosesseihin ja toimintatapojen kehittämiseen eli toiminnan rakenteisiin sekä tapaan tehdä työtä. Asiakaslähtöinen kehittäminen organisaatioissa tapahtuu työn organisoinnin kautta. Henkilökunnan kohtaamisen ja perinteisten henkilöstöjohtamisen taitojen ohella asiakaslähtöisyyteen motivoimisessa on tärkeää kiinnittää huomiota palveluprosessien parantamiseen, uudistamiseen ja kehittämiseen - eli henkilökunnan työn arkeen. (Virtanen ym. 2011, 51.)

Kiviniemi ym. (2014, 107) toteaa, että innovatiivisuus tarkoittaa uudistamis- ja kehittämis-henkisyyttä ja on lähellä luovuuden käsitteen kanssa. Innovatiivisuus liittyy myös siihen, että vanhasta on ehkä luovuttava, kun uutta luodaan. Asiakaslähtöisyyden kannalta innovatiivisuus ja luovuus liittyvät kykyyn luoda uusia asiakkuuden merkityksiä. Työntekijälähtöisessä tulkin- nassa innovatiivisuus on niin kollektiivinen kuin yksilöllinenkin kokemus. Systeemitasolla innovatiivisuus on oppivan organisaation periaatteiden omaksumista. Oppiva organisaatio osaa tulkita toimintansa puutteet, ja sillä on tietoisuus toiminnan parantamisen tavoista, myös kyky uudistaa toimintamallinsa. Haakana ja Näppi (2013, 46) tuovat esille, että esimies on tärkeässä asemassa asiakaslähtöisten toimintojen kehittämisessä ja esimiehen vastuulla ovat asiakaspalautteen kerääminen ja käsitteleminen, henkilökunnan osaamisen varmistaminen ja henkilökunnan valmiuksien kehittäminen.

Asiakkaan ääntä olisi kuunneltava, kun kehitetään palveluiden muotoja, sisältöjä ja tapoja. Jotta kehittämistä voidaan tehdä asiakkaan - ei ainoastaan organisaation - tarpeista käsin, on kehittäjillä oltava tietoa asiakastarpeista. Asiakastiedon hyödyntäminen ja kerääminen päätöksenteon pohjana on välttämätöntä palveluiden kehittämiseksi asiakaslähtöisempään suun-

taan. Palveluiden jakelukanavien ja prosessien kehittäminen ei kuitenkaan yksin riitä, vaan asiakaslähtöisyyden tulee toteutua myös palvelua tarjoavien organisaatioiden ja henkilöiden asenteissa ja asiakkaiden kohtaamisessa. Johtamisen kautta asiakkuusajattelu tuodaan organisaation eri tasoille ja tuetaan sen kehittämistä työyhteisössä ja -kulttuurissa. Tästä on mahdollisuus luoda tasapainoa asiakkaan tarpeiden ja mahdollisuuksien välille. (Virtanen ym. 2011, 23–24.)

Ellei asiakasta oteta kehittämisen keskiöön, vaarana on jatkuvan kehittämisen syndrooma, jossa sosiaali- ja terveystalouden tuotantosektori kehittää alati uusia palvelumuotoja asiakkaiden kasvaviin tai muuttuviin tarpeisiin ilman, että asiakkaan tarpeet tulevat koskaan aidosti tyydytettyä ja otettua huomioon. Asiakkaan näkökulmasta palvelun asiakaslähtöisyys muodostuu siitä, kuinka asiakaslähtöiseksi saatu palvelu koetaan eikä siitä, kuinka asiakaslähtöisesti palvelu tuotetaan. (Virtanen ym. 2011, 58–59.)

2.3 Dialoginen vuorovaikutus hoitotyössä asiakaslähtöisenä toimintatapana

Dialogi on sekä suhde että prosessi. Se on yhdessä tapahtuvaa tekemistä. Uusia merkityksiä ja keskinäisiä yhteyksiä muodostuu loputtomana ketjuna ja ymmärrys muuttuu ja kehittyy koko ajan. Dialogissa puhekuppanit siis keskittävät huomionsa toisiinsa tavoitteena keskinäinen ymmärrys. Dialoginen keskustelu on kuuntelevaa keskustelua. Dialogiselle keskustelulle on ominaista avoimuus. (Haarakangas 2008, 26–28.) Työntekijän ja potilaan vuorovaikutus on vuoropuhelua ja -kuuntelua, jossa työntekijä osoittaa, että on kiinnostunut kuulemaan asiakkaan kertomuksen. (Kiviniemi ym. 2014, 83.)

Mielenterveystyössä hoitavan ihmisen persoonallisuus ja persoonallisuuden (minän) tietoinen käyttäminen on tärkeää, edellytys laadukkaalle mielenterveystyölle. Kerronnallisuuden (narratiivisuus) avulla työntekijä rakentaa ymmärrystään omasta persoonastaan työvälineenä. Se tarkoittaa myös asiakkaan kokonaisvaltaista kohtaamista, jolloin kohtaamisen tarkoituksena eivät ole ongelmat ja huolet, vaan asiakkaan itse määrittelemät asiat ja hänen kertomuksensa. (Kiviniemi ym. 2014, 44.) Kohtaamisen perusedellytyksiä ovat hoitotyöntekijän/asiakkaan tasavertaisuuden kunnioittaminen. Auttavan vuorovaikutuksen kannalta on tärkeä pyrkiä ns. rakentavaan tietämättömyyteen, mikä tarkoittaa sitä, että hoitotyöntekijä ei tiedä enempää kuin mitä lause lauseelta saa tietää. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Ahosen (2011, 65–73) tutkimuksen mukaan avoimen dialogin hoitomallin soveltamisella työryhmällä on iso merkitys. Tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että niin nuori kuin vanhemmatkin tulivat kuulluiksi ja vakavasti otetuiksi hoidossa. Asiantuntijuus näkyi hoitokouksissa ei-tietämisen tilana, jolloin todellisuudessa hoitajalla oli runsas tietomäärä, mutta hoitaja kykeni kuitenkin katsomaan asioita tilanteessa aitona, ilman ennakoituja suunnitelmia.

Kiviniemen ym. (2014, 142–143) mukaan moniammatillisessa yhteistyössä valta ja vastuu jaetaan. Jokainen työntekijä tuo yhteistyöhön oman kokemuksensa ja tietoperustansa; kuitenkin vuorovaikutuksen tulisi perustua ei-tietämiseen. He toteavat, että tiimityö on jokaisen jäsenen oppimisen tulos ja tiimin täytyy oppia myös työskentelemään yhdessä. Vaikka tiimissä on hyvä olla puheenjohtaja, joka huolehtii tiimin toiminnasta, tiimin johtajuus ei perustu kuitenkaan hierarkiaan eikä valtaan, vaan valta ja vastuu jaetaan kaikkien osallistujien kesken.

Työryhmän toiminnan dialogisena lähtökohtana hoitokokouksessa on Haarakankaan ja Seikkulan (1999, 191) mukaan se, mitä asiakkaat ja muut hoitokokouksen osapuolet sanovat ja mitä merkityksiä he keskusteluun tuovat. Tavoitteena on synnyttää avoin ja pohdiskeleva vuoropuhelu, jossa ei pyritä sanomaan viimeistä sanaa. Työryhmän tulisi lähteä hoitokokoukseen avoimin mielin ja yhteiseen dialogiin luottaen. Työryhmän ei tarvitse suunnitella etukäteen keskustelun kulkua, sillä dialogi kulkee omia polkujaan. Terapeutit voivat olla myös vapaita tietämisen tuskasta, eikä heidän tarvitse tietää ratkaisua ongelmaan eikä nopeasti ymmärtää, mistä on kysymys. (Haarakangas & Seikkula 1999, 192.)

Työntekijä tai terapeutti huolehtii keskustelun dialogisuudesta refleктоivalla keskustelulla, joka tarjoaa perheenjäsenille mahdollisuuden kuunnella kun työntekijät pohtivat omia havaintojaan ja mielikuviaan. Tällöin perheelle mahdollistuu oman sisäisen reflektion kuunteleminen. Työryhmä on terapeutin tuki ja yhteistyökumppani. Luottamus ihmisten voimavaroihin on perustekijä työryhmän ja sen jäsenten jaksamisessa. Myös luottamus keskustelun voimaan on keskeinen työryhmän jaksamisen ehto. (Haarakangas & Seikkula 1999, 193–194.)

Kohtaamisen ja vuorovaikutuksen tavoitteena tulisi olla kumppanuus. Hoitokoneiston rattaissa ihminen helposti luovuttaa itseään koskevaa päätösvaltaa ammattihenkilöille. Hoitohenkilökunnan valta perustuu asiantuntijuuteen ja organisaation suomaan auktoriteettiasemaan. Ammattihenkilön asenteesta riippuu, kuinka hän käyttää valtaa suhteessa asiakkaaseen. Kumppanuus on kahden asiantuntijan tasavertaista kohtaamista; asiakas on asiantuntija omista asioistaan, työntekijällä on hallussaan ammatillinen osaaminen ja asiantuntijuus. Dialogi toteutuu yhdessä ajattelun taitona ja keskusteluna. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 171.)

2.4 Dialoginen näkökulma hoitokulttuuriin ja suhde arvoihin

Organisaatiokulttuurilla tarkoitetaan organisaation palveluksessa oleville ihmisille tyypillisiä ajattelu- ja toimintamalleja. Organisaatiokulttuurin ydin on yhteisölle tyypillisiä arvoja, normeja ja oletuksia. Ajattelumallit ja viestintä perustuvat ja jäsentyvät uskomuksiksi ja mynteiksi, joiden varaan organisaatiokulttuurin ajattelutavat rakentuvat. (Juuti 2003, 72.)

Asiakaslähtöisyyttä mielessä pitäen kannattaa tarkastella organisaation, osaston tai työryhmän perustehtävää. Ydintarkoituksen tunnistaminen ei ole aina helppoa, mutta sen tunnistaminen vaikuttaa ratkaisevasti tulevaisuuteen. Organisaatiokulttuurin hahmottaminen on ehkä vaikein osa arvokeskustelua. Sääntönä voidaan kuitenkin pitää ajatusta, että jokainen käsitys, jonka joku haluaa sanoa ääneen, on oikeutettu. Se on vähintäänkin yhden ihmisen näkökulma. Tai ehkä hän näkee jotain sellaista, jota muut eivät näe tai tohdi sanoa ääneen. (Aaltonen ym. 2003, 93–111.)

Arvot vaikuttavat koko ajan ilman että tiedostaisimme niiden läsnäoloa. Organisaatiossa ne elävät yleensä sanomattomina sopimuksina. Yksilöiden elämässä arvot ovat osa kasvatustamme, elämän varrella kertynyttä kokemusvarastoa sekä tärkeinä pidettyjen päämäärien suuntaan tehtyjä valintoja. Organisaation arvoluettelon tarkastelu voi antaa vähän tietoa organisaation arvoista. Arvoja luodaan hyvin erilaisista lähtökohdista. Jotkut korostavat aiempia saavutuksia, toiset puolestaan luovat tavoitearvoja sen pohjalta, mistä organisaatiossa on pulaa. Arvaluettelo voi kuvata sitä, mitä olemme tai sitä, millaisia emme ole. Joskus taas ne voivat kuvastaa sitä, millaisia haluaisimme olla. (Aaltonen ym. 2003, 169–171.)

Työyhteisöjen toiminta rakentuu useiden eri ammattikuntien edustajien yhteistoimintaan. Dialogisen työyhteisön merkkeinä ovat yhteistoiminta, jossa eri työntekijät ja erityisalojen edustajat jakavat asiantuntemustaan tasa-arvoiseen ammatilliseen kumppanuuteen perustuen. Ammattien väliset hierarkkiset rajat ylitetään ja hoitotapahtumissa pidetään tiimityötä ja verkostokeskeistä vuorovaikutusta tärkeänä. Perinteisesti mielenterveyspuolella on työskennelty hierarkkisen yhteistyömallin mukaisesti. Vertikaalisessa toimintamallissa ammattikuntien väliset rajat ovat olleet selkeät ja ammatillisista reviiireistä on pidetty kiinni. Horisontaaliseen asiantuntijuuteen perustuvassa ja tiimityötä korostavassa toiminnassa on huomattu kuitenkin, että dialogia tarvitaan yli ammatillisten rajojen. (Haarakangas 2008, 122–123.)

Juutin (2005, 29–30) mukaan organisaation ihmiset toimivat tiettyjen roolien sisällä. Hoitokulttuuri ilmentää sitä, miten toimintayksikön hoitajat ovat tottuneet toimimaan ja puhumaan. Hoitokulttuuri on niiden perusoletusten ja uskomusten kooste, jonka toimintayksikön hoitajat ovat omaksuneet pyrkiessään selviytymään ympäristössään. Se perustuu yhteiseen historiaan ja on opittu vähitellen arkipäivän työtilanteissa. (Laakkonen 2004, 41.) Antikainen & Ranta (2008, 180–181) puolestaan esittävät, että työryhmätyöskentelyssä ryhmän jäsenten kyky havaintojen tekoon ja päätöksiin on altis muuttumaan ryhmän vaikutuksesta. Juutin (2003, 72–73) mukaan uskomusjärjestelmät vaikuttavat siihen, miten työ jäsennetään, miten tehtävät muotoillaan ja millaisia oletuksia niitä tekeville ihmisille asetetaan. Uskomusjärjestelmä on sen jäsenille itsestäänselvyys, se vaikuttaa kaikkeen ajattelutavasta viestintään. Useinkaan organisaation palveluksessa olevat henkilöt eivät tule ajatelleeksi, että heidän kunnioittamansa organisaation ajattelu- ja toimintatavat ovat jonkin ihmisryhmän tai yksittäi-

sen ihmisen sisäisen maailman todellisuuden, joko kuvitellun tai realistisen, ulkoistettuja heijastumia.

Hyvän arvokeskustelun tunnusmerkki on se, että on keskustelua. Hyvistä aikeista huolimatta arvokeskustelu voi epäonnistua joskus. Silloin yhteisesti sovittuja arvoja ja muita asioita ei viedä osaksi arkea. Jatkuva kiire myös aiheuttaa sen, että ei välttämättä ehditä miettiä mitä teemme. Tai kytkentä strategiaan tai yhteisön muihin määrittelyihin puuttuu. (Aaltonen ym. 2003, 153–154.) Työilmapiirin voidaan käsittää koostuvan ja juontuvan hoitokulttuurista. Organisaation ilmapiiri syntyy myös jokaisen työntekijän toiminnasta. Avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri auttaa erilaisuuden ymmärtämisessä sekä edistää kokemusten ja tietojen välittämistä toisille. (Virtainlahti 2009, 163–164.)

Jotta organisaation toimintaa voidaan kehittää, tarvitaan Virtainlahden (2009, 166–168) mukaan kaikkien työntekijöiden tietämystä, mutta myös ihan uutta tietämystä, hiljaista tietämystä. Se kehittyy yleensä ilman systemaattista johtamista, vähitellen yksilötasolla, omaa työtä ja toimintatapoja kehittämällä. Luovan ja luottamuksellisen ilmapiirin luominen innostaa työntekijöitä tuomaan esille omia ajatuksiaan innostaen uusien ja parempien toimintatapojen luomiseen. (Virtainlahti 2009, 173.)

Dialogisen työyhteisön edellytys on työntekijöiden tasa-arvoisuus. Työyhteisön johdon ja esimiesten tulee toimia niin, että työntekijät tuntevat tasa-arvon toteutumisen myös käytännössä. Tällöin kouluttautumisen ja asiantuntemuksen kehittymiseen kannustetaan. Työyhteisön toiminnan tavoitteiden tulee olla selkeitä ja yhdessä sovittuja. Työyhteisön toiminta perustuu työryhmätyöhön ja jaettuun asiantuntijuuteen, jossa ymmärrystä etsitään yhteisesti avoimessa dialogissa. (Haarakangas 2008, 128–129.) Ryttilä (2011, 123) toteaa, että organisaation kulttuuri muuttuu johtamisen myötä. Organisaatiokulttuurin uudelleenmuotoutuminen johtamisen avulla voi tapahtua tietoisien valinnan kautta ja näkyä sosiaalisten verkostojen oppimiskyvyn lisääntymisenä sekä organisaation sosiaalisen-, ja psykologisen kyvykkyyden sekä oppimiskyvykkyyden lisääntymisenä.

2.5 Tietojohtaminen muutosprosessissa

Julkisen terveydenhuollon johtajat ovat avainasemassa integroidessaan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edellyttämiä toimenpiteitä ja henkilöstömitoituksia alueellisiin ja paikallisiin terveys- ja hyvinvointipoliittisiin strategioihin ja kunnan taloussuunnitteluun. Hyvät johtamiskäytännöt ovat organisaatioiden kriittisiä menestystekijöitä. Työelämän nopea muutos on luonut koulutuspainetta ja tarvetta toimenkuvien muuttamiselle. Säästötavoitteet ja väestön ikääntyminen lisäävät henkilöstön työmäärää. Yleisenä tavoitteena sosiaali- ja terveysalalla on ollut toiminnan uudistaminen parantamalla tuloksellisuutta, tehokkuutta, taloudellisuutta,

vaikuttavuutta ja hillitsemällä kustannusten kasvua. Perustavoitteena on edellisten ohella ollut myös palvelujen asiakaslähtöisyys. (Rytilä 2011, 82.)

Tiedon luominen johtaa tiedon kasvattamiseen, katsottiin asiaa sitten työntekijöiden, asiakkaiden tai palvelujärjestelmän kannalta. Organisaatiossa oleva tieto syntyy aina vuorovaikutustilanteissa. Kuitenkaan tiedon lisääminen ei automaattisesti takaa parempaa ymmärrystä, koska tietoa on paljon. Asiakaslähtöisyyden osalta tiedon luominen liittyy ymmärrykseen asiakkaista ja tietoisuuden kasvattamiseen heidän lähtökohdistaan ja mielipiteistään. (Kiviniemi ym. 2014, 110.)

2.6 Prosessilähtöisyys palvelutuotannossa

Prosessien kehittäminen liittyy organisaation kehittämiseen ja suunnitteluun, sen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvaukset ovat prosessien johtamisen, parantamisen ja hallinnan väline. Ne auttavat hallitsemaan erilaisia kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Prosessikuvauksia käytetään myös perehdyttämiseen, koulutukseen sekä tietojärjestelmien kehittämiseen. Kun prosessit on kuvattu yhtenäisellä tavalla, niihin tutustuminen helpottuu samoin kuin yhteistyön suunnittelu ja toteuttaminen organisaation sisällä ja yli organisaatorajojen helpottuu. Muutosprosessin läpiviemisessä kannattaa hyödyntää organisaation sisällä olevaa kokemustietoa. (JHS 152.)

Prosessien kehittämisellä tähdätään yleensä toiminnan tehostamiseen, toiminnan laadun ja palvelutason parantamiseen, ongelmatilanteiden hallintaan sekä kustannussäästöjen aikaansaamiseen. Käytännössä tämä voi tarkoittaa asioiden uudenlaista keskittämistä, päällekkäisten työvaiheiden poistamista tai rinnakkaisvaiheiden lisäämistä läpimenoajan nopeuttamiseksi. Prosessikuvausten avulla voidaan kuvata organisaation toimintatapoja, mikä auttaa yhteistyön rakentamisessa toisten organisaatioiden kanssa. Esimiehet voivat hyödyntää prosessikuvauksia työnjaon ja vastuiden selkiyttämässä, työn kuormituksen mittaamisessa, resurssitarpeiden, päällekkäisyyksien ja ongelmatilanteiden selvittämisessä sekä uuden työntekijän perehdyttämisessä sekä myös työnohjauksessa. (JHS 152.)

3 Kehittämistehtävät

Tämän työn kehitystehtävänä on kartoittaa niin asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyyden toteutumista eräässä nuorisopsykiatrisessa yksikössä valmiin HUS-asiakastytyväisyyskyselyn avulla, kuin kartoittaa fokusryhmähaastattelun avulla nuorisopsykiatrisen hoitohenkilökunnan näkemyksiä, toiveita ja tarpeita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Kehittämistyön tavoitteena on tuottaa tietoa tietojohdamisen avuksi psykiatrian muutostilanteessa kohti avohoidon

lisäämistä ja kehittämistä. Tavoitteena on myös aktivoida asiakastyytyväisyyskyselyn käyttö osaksi työn arkea mittaamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Laadukasta asiakaslähtöistä hoitoa tarkastellaan työn edetessä Parasuranamin, Zeithamlin ja Berryn (1985) kehittämän laatukuilumallin avulla. Service blueprintingin (Bittner ym. 2007) avulla tutkitaan ja kehitetään prosesseja. Sen avulla tarkastellaan eritoten asiakkaan rooleja palveluprosessin eri vaiheissa.

4 Kehittämistyön toteutus

Kehittämistyön taustalla voidaan katsoa olevan dialektinen tutkimusote. Sen pohjana on ajatus, että on yleisiä yhteiskunnallisia lainalaisuuksia, jotka paljastuvat konkreeteissa historiallisissa tilanteissa. Kehitys etenee teesin, antiteesin ja synteessin prosessina.

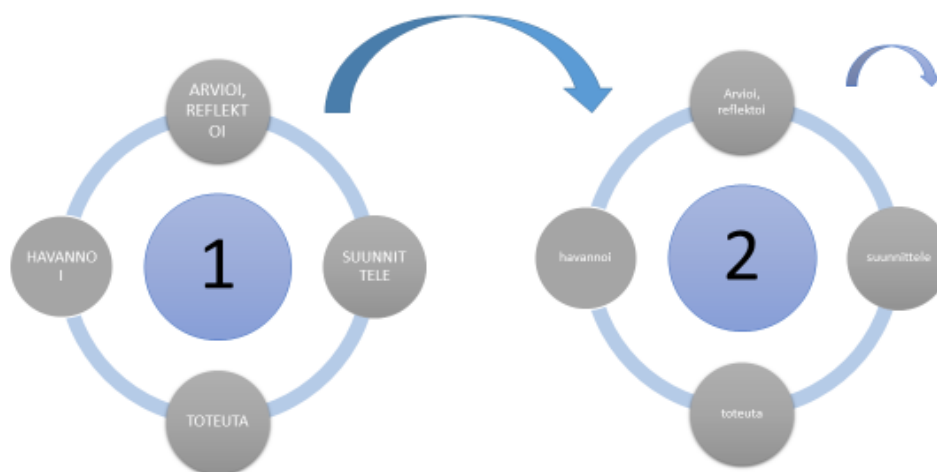
Dialektiseen tutkimusotteeseen liittyy suuntaus, jota kutsutaan kriittiseksi teoriaksi. Kriittisen teorian mukaan kehityksen edellytyksenä on avoin ja vapaa keskusteluilmapiiri, jossa yhteisön jäsenet voivat päättää, mitä tehdään ja mihin suuntaan edetään. Tutkimusmenetelmistä toimintatutkimus täyttää dialektisen tieteenfilosofisen otteen vaatimuksen osallistumisen ja yhteistyön osalta. Se on eräänlaista itsereflektoivaa tutkimusta, jonka tekevät tutkimukseen osallistuvat itse. Sen tarkoituksena on parantaa rationaalisuutta, perustaa oma toiminta järkisyihin ja tarkentaa omaa käsitystä toiminnasta sekä erilaisista tilanteista, joissa käytäntöä toteutetaan. Kyseessä on itsereflektoinnin spiraali, joka muodostuu suunnittelusta, toiminnasta, havainnoinnista ja reflektoinnista. (Heikkilä ym. 2008, 31–32.)

4.1 Kehittämismenetelmä

Kehitystyö toteutetaan toimintatutkimuksen keinoja hyväksikäyttäen. Toimintatutkimuksessa toteutuvat niin tutkimus kuin toiminta samanaikaisesti. Toimintatutkimuksen voidaan katsoa muodostuvan toiminnasta ja tutkimuksesta, jotka vuorotellen täydentävät toisiaan, jolla voidaan saada aikaan holistisempi muutos. Toimintatutkimus liittyy oleellisesti käytännön työelämään ja siellä oleviin käytännön ongelmiin, niiden tiedostamiseen ja poistamiseen. Se nähdään myös toimijoista kumpuavana voimana ja toimintana. Toimintatutkimuksessa kehittämiskohde on käytäntöjen sujuvuuden edistäminen ja parantaminen. Se pitää sisällä lupauksen paremmasta, se nähdään myös demokraattisena toimintana, joka lähtee niistä, joita ongelma koskee ja heidän voimastaan löytää itse ratkaisun ongelmaan.

Toimintatutkimuksella pyritään todellisuuden muuttamiseen, mikä tarkoittaa käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutusta. (Kananen 2014, 11; Somekh 2006, 6–8; Ojasalo ym. 2014, 58.)

Opinnäytetyön tai tutkimuksen taustalla on lähes aina ongelma, joka kaipa ratkaisua. Ennen ongelman ratkaisua täytyy tietää, mistä ongelmassa on kyse. Kehittämistutkimuksessa on taustalla ilmiö, asiantila tai prosessi, jonka halutaan olevan kehittämisen tai muutoksen jälkeen paremmin. Kehittämisen kohde voidaan pukea ongelman muotoon. (Kananen 2012, 13.) Tutkimus- ja kehittämisprosessi on syklinen, eri vaiheet toistuvat uudelleen. Kuviossa 1, on kuvattu kehittämisprosessin eri vaiheet ja syklit. Ensin valitaan päämäärät tai määritellään kehittämisiongelma ja asetetaan työn tavoitteet (suunnittelu). Tämän jälkeen tutustutaan kirjallisuuteen ja tällöin saatetaan täsmentää kehittämistehtävää ja tavoitteita ja vahvistetaan projektisuunnitelma (toteuta). Varsinainen työ aloitetaan kokeilemalla käytännössä, miten päämäärään pääsisi (havainnoi). Tämän jälkeen analysoidaan aineistoa, arvioidaan tehtyjä asioita, muotoillaan ja tarkennetaan päämääriä (arviointi/reflektio). Tutkimusprosessissa vuorottelevat siis suunnittelu, toiminta ja toiminnan arviointi. Analysoidusta ja tulkitusta tiedosta muodostetaan toimintasuunnitelma, jolla pyritään aikaansaamaan positiivisia muutoksia. (Kananen 2014, 11–12; Ojasalo ym. 2014, 61.)



Kuvio 1: Toimintatutkimuksen iteraatioprosessien spiraalimainen kehä

Tutkimusta tehtäessä on muistettava, että muutos voi olla myös tapahtumatta tai oletettu muutos voi olla aivan erilainen kuin mitä prosessin alussa on tavoiteltu. Vaikka muutosta ei tapahtuisi, voidaan tutkimuksen myötä saada näkyviin työkulttuureja, valtarakenteita tai asenteita, joita ei muutoin välttämättä ilmenisi. Vaikka aiotut käytännön muutokset eivät onnistuisi, tuotetaan toimintatutkimuksella aineistoa ja sen pohjalta tutkimuksellisia uusia teorioita ja tietoa. Yhteisössä voidaan kehittää toimintaa jatkossa analyysien pohjalta havaittujen ongelmien ratkaisemiseksi. (Ojasalo ym. 2009, 58–59.)

Toimintatutkimuksessa voidaan käyttää niin kvalitatiivista kuin kvantitatiivista menetelmää. Oleellisina elementteinä toimintatutkimuksessa voidaan pitää toiminnan kehittämistä, yhteistoimintaa, tutkimusta ja tutkijan mukana oloa. Muutoksen kohteena ovat yleensä ihmisiin/työntekijöihin liittyvät prosessit tai toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan kohteeksi valitun ilmiön tilaa. (Kananen 2014, 117.) Kvantitatiivinen eli määrällinen aineisto saatiin tässä työssä HUS-asiakastyytyväisyyskyselyllä ja kvalitatiivinen eli laadullinen aineisto saatiin hoitohenkilökunnan fokusryhmähaastattelun kautta.

4.2 Kehittämisympäristön kuvaus

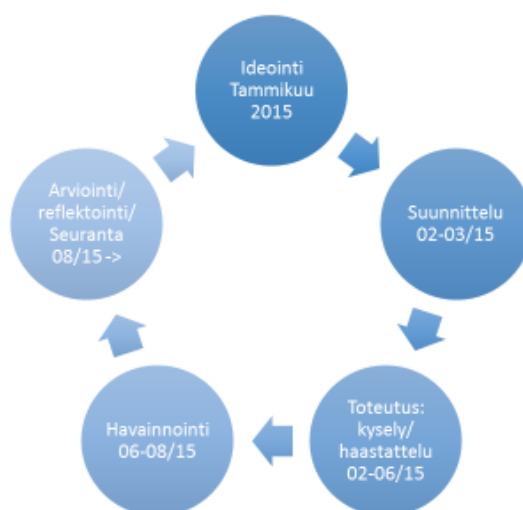
HUS-psykiatria on ollut pitkään muutoksessa. Syksystä 2010 on tapahtunut merkittäviä muutoksia: HUS:n ja THL:n (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos) yhteisestä refinement hankkeesta (Refinement-hanke), joka tutkii mielenterveyspalveluiden rahoitusmallien vaikutusta palvelujen laatuun, on saatu uutta tietoa. Lisäksi HYKS:ssä käynnissä oleva osaamiskeskus malli on tuonut toimintaympäristöön muutoksia. (HUS-Psykiatrian toimintasuunnitelma 2010–2015.) Tässä kehittämistyössä kehittämisympäristön nuorisopsykiatriaa koskevan kehityspäivän yhteydessä käytyjen keskustelujen pohjalta asiakaslähtöisyyden tärkeys nousi esille, sen ilmeneminen ja kuinka se nuorisopsykiatrisessa yksikössä kohdataan. Asiakkaan kuulluksi tuleminen, dialogisuus ja vuorovaikutus koskettavat kaikkia osa-alueita psykiatrisessa hoitotyössä. Niitä tarvitaan kohtaamisesta johtamiseen. Tämän kehittämistyön kohteena on eräs HUS:n nuorisopsykiatrisen yksikkö, tarkemmin prosessikuvausten myötä tarkasteltuna avohoidon ja siellä toimiva ajanvarauspoliikklininen toiminta sekä jalkautuva työparitoiminta. Tässä kehittämistyössä tiedonkeruun tavoiksi muodostuivat jo valmis HUS-asiakastyytyväisyyskysely, jota kerättiin niin osastolta kuin avohoidostakin sekä avohoidon hoitohenkilökunnan haastattelu fokusryhmähaastattelu-menetelmällä.

Tämän kehittämistyön ideointi alkoi tammikuussa 2015 pidetystä kehityspäivästä, jossa mietittiin hoitoa, ammatillisuutta ja tulevaisuuden kehityskohteita. Tällöin esille nousi aihealueita, jotka ovat olleet aiemminkin esillä, ja toiveita niiden kehittämiseen oli ennenkin mietitty. Esille nousseet asiat olivat tärkeitä ja herättivät mielenkiinnon ja uteliaisuuden, kuinka näitä asioita voisi edistää niin, että se palvelisi koko työyhteisöä tulevaisuuden muutoksissa.

Kehittämispäivän aikana tuotettiin ryhmätöinä kirjallista materiaalia, jotka kehittämistyön tekijä kävi lävitse ja materiaalista tehtiin sisällönanalyysi keskeisten aiheiden ja tutkimusongelmien löytämiseksi. Lopulta yhteenvedo tärkeitä, merkittävistä ja kehitettävistä asioista käytiin lävitse yhdessä osastonhoitajan kanssa. Tällöin asiakkaan kohtaaminen ja hoidon laatu, luottamus, kuka tekee mitä, moniammatillinen työote, työilmapiiri, sekä mitä on asiakaslähtöisyys, olivat teemoja, joihin työskentelyn toimintatavassa tulisi kiinnittää huomiota ja jotka olivat nousseet esille keskeisinä teemoina kehittämispäivänä niin yhteisessä keskuste-

lussa kuin pienryhmien ryhmätöissäkin. Henkilökunnan kuulluksi tuleminen nousi tärkeäksi aiheeksi, ja se, mistä fokuksesta teemme työtä; teemmekö työtä työntekijä- vai asiakaslähtöisesti. Myös työskentelykulttuuri ja kulttuurin muutos olivat keskeisiä esille nousseita aihealueita. Nämä olivat aiheita, jotka tiivistyivät lähtökohdiksi kehityspäivän teemojen pohjalta. Asiakaslähtöisyyttä voidaan pitää ylläoleville aihealueille yhteisenä käsitteenä ja tavoitteena.

Yhdessä ylihoitajan ja osastonhoitajan kanssa päädyimme tässä kehittämistyössä tarkastelemaan asiakaslähtöisyyttä asiakkaan näkökulmasta HUS:ssa käytössä olevalla asiakastyytyväisyyskyselyllä, koska tarvittava kysely oli jo olemassa valmiina. Myös henkilökunnan näkemykset ja kokemukset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta olivat tärkeitä, joten päätimme myös haastatella henkilökuntaa. Fokusryhmähaastattelu menetelmänä tarkentui myöhemmin työn edetessä eteenpäin. Asiakastyytyväisyyskyselyä lähdettiin keräämään helmikuusta 2015 lähtien ja henkilökunnan fokusryhmähaastattelu pidettiin toukokuun lopulla. Kuviossa 2 on kuvattu tämän kehittämistyön kulkua.



Kuvio 2: Kehittämistyön kulku

Nuorisopsykiatrinen yksikkö on ollut muutosten kohteena jo pitkään. Vuonna 2010 alkoivat muutokset kohti avohoitopainotteisempaa työtapaa. Osastohoidon potilaspaikat olivat vuonna 2010 8+1, sisältäen yhden kriisihoitopaikan. Vuonna 2011 syyskuussa jalkautuva työparitoiminta aloitettiin pilottiprojektina, irrottamalla aluksi kaksi hoitajaa osaston resurssivahvuudesta jalkautuvaan työhön, nuoren omaan toimintaympäristöön suuntautuvaan työparitoimintaan. Jalkautuva työparitoiminta toimii arkisin virka-aikana. Aluksi suunniteltiin, että jalkautuvaa työparitoimintaa hoidettaisiin osaston vahvuudesta kuuden viikon jaksoissa, kiertävästi, mutta jo muutaman kuukauden kokeilu osoitti toimintatavan hankaluuden ja heikkouden niin asiakkaita ajatellen, kuin työntekijöidenkin lähtökohdista katsottuna. Tämä toi liikaa työntekijä-

vaihdoksia asiakkaille sekä työntekijöiden keskuudessa oli muutosvastarintaa toimintaa kohtaan. Jalkautuva työ oli intensiivistä ja vaati hoitajilta paljon joustavuutta, joten varsin pian ensimmäisen toimintavuoden aikana päädyttiin toiminnan jatkuvuutta ja työntekijöiden jakamista ajatellen kahteen jalkautuvaan työpariin, jotka vaihdellen olivat joko osastolla tai jalkautuvassa työssä.

Vuonna 2013 nuorisopsykiatrista osastohoitoa vähennettiin edelleen, osastopaikat tippuivat viiteen (5), lisäksi luotiin 3 päiväpotilaspaikkaa osastohoidon yhteyteen samoihin tiloihin. Osastohoito myös muutti pienempään ja fyysisiltä resursseiltaan toimimattomampaan tilaan, yhteiseen taloon lastenpsykiatrian kanssa. Osastot olivat ja ovat edelleen kuitenkin erillisiä, ovilla suljettavia omia kokonaisuuksia, nuorisopsykiatrian kuullessa psykiatrian hallinnon alle ja lastenpsykiatrian kuullessa naisten- ja lastentautien hallinnon alle. Ajatuksena yhteisestä talosta oli visiot mahdollisuudesta työntekijöiden joustavaan yhteistoimintaan yli rajojen lastenpsykiatrian ja nuorisopsykiatrian välillä ja tätä kautta säästöihin resursseissa.

Nyt, meneillään olevassa muutoksessa, seuraava askel on kesällä 2016 siirtyminen kokopäivätoimisesta päivystyksellisestä osastohoidosta viikko-osastoksi, jossa päivystystoiminta jää samalla pois. Päiväpotilaspaikat, joita on kolme, jäävät ennalleen. Vuoden 2017 alusta on tarkoituksena siirtyä kokonaan viisi paikkaan päiväyksikköön, jossa olisi kahdelle nuorelle myös yöpymismahdollisuus aikuisosaston yhteydessä. Tämä toiminta tullaan järjestämään uudessa psykiatrian rakennuksessa, joka on parhaillaan suunnitteilla. Vuoden 2017 alusta jalkautuvaan nuorisopsykiatriseen työhön integroidaan yksi hoitaja lisää, jolloin jalkautuvassa työssä tulee olemaan yhteensä kolme hoitajaa. Toiminta saadaan näin laajentumaan koskien myös viikonloppuja. Yksi jalkautuva hoitaja päivystää jatkossa myös viikonloppuna yhdessä aikuisosaston jalkautuvan työntekijän kanssa.

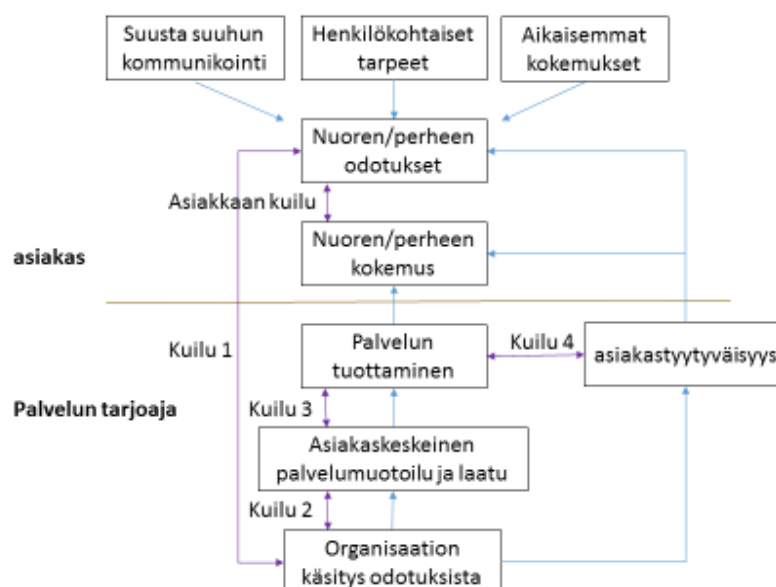
4.3 Ensimmäinen vaihe, Kehittämisympäristön nykytila

Nuorisopsykiatrisen yksikön nykytilaa tarkastellaan nuorisopsykiatrisen avohoidon prosessien kautta - niin ajanvarauspoliklinikan kuin jalkautuvan hoitotiimin prosesseja tarkastellaan laatukuilu mallinnuksen (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985) ja palvelun blueprintingin kautta (Bittner ym. 2007).

4.3.1 Asiakaslähtöisyyden toteutumisen tarkastelua laatukuilumallin avulla

Palvelun laadun mittaaminen kuuluu osana moneen kehittämistyöhön (Kiviniemi ym. 2014; HUS-strategia 2012-2016; Jalava & Virtanen 1996; Laitila 2010; Laihonon ym. 2013; JHS 152). Parasuramanin, Zeithamlin, ja Berryn (1985) kehittämän laatukuilumallin avulla voidaan tarkastella palvelun laatua palvelun saajan ja palvelun tarjoajan välillä. Kuiluanalyysillä selvite-

tään viiden erilaisen kuilun eli vertailukohdan avulla, mitä palvelussa todellisuudessa tapahtuu ja toisaalta sitä, mitä tulisi saada aikaan. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187.)



Kuvio 3: Laatukuilumalli (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 44)

Ensimmäisessä kuilussa (Kuvio 3), kuilu 1, odotusten ymmärryksen kuilussa, avainasemassa on asiakastyytyväisyyden mittaaminen ja asiakastyytyväisyyden mittaamisesta saadun tiedon käyttäminen. Ovatko asiakassuhteet keskiössä? Myös johdon ja henkilöstön välistä viestintää tarkastellaan. Tässä kuilussa tarkastellaan sitä, kohtaavatko organisaation ja asiakkaan odotusten maailmat, tiedetäänkö mitä asiakas odottaa. Tämä tarkoittaa sitä, että johto ei välttämättä tunnista käyttäjien tarpeita ja ymmärtää asiakkaiden laatuodotukset puutteellisesti. Syitä tähän voivat olla epätarkat ja olemattomat tiedot palveluiden käyttäjistä, markkinatutkimuksista, joka tässä kohtaa tarkoittaa asiakastyytyväisyyskyselyä. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187.)

Toinen laatukuilun malli, kuilu 2 eli suunnittelukuilu, voi syntyä, jos palvelu on puutteellisesti suunniteltu tai standardoitu, eikä prosessiohjaus keskity asiakkaan odotuksiin. Puutteita voi olla myös fyysisissä elementeissä. Toisin sanoen suunniteltu palvelu ei kohtaa asiakkaan odotuksia palvelun laadusta tai palvelun suunnittelun lähtökohtana ovat palvelun tarjoajan odotukset siitä, mitä asiakas toivoisi, mutta ei todellisuudessa ymmärretä sitä, miten asiakas haluaisi asian hoidettavan. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187.)

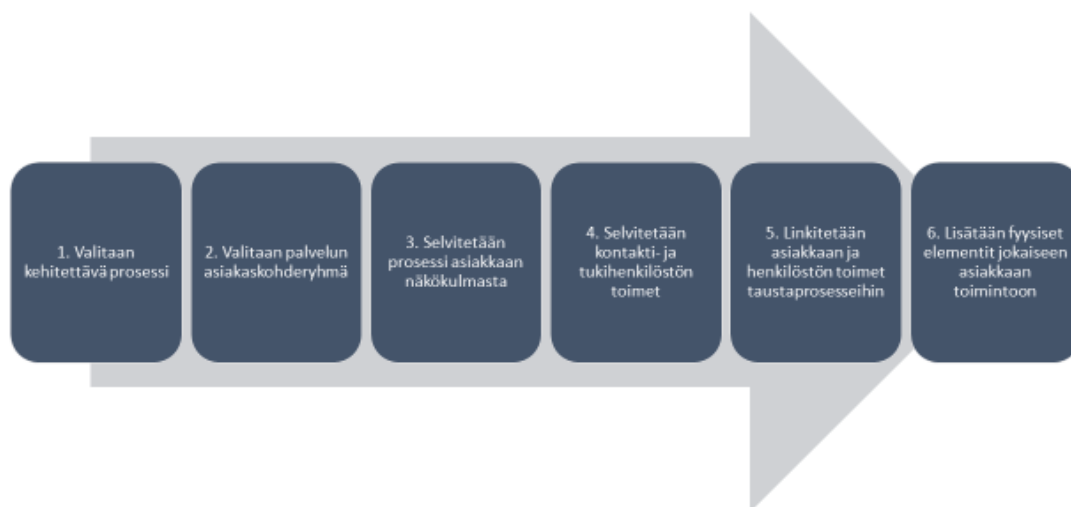
Kolmannessa tuotannon laatukuilumallissa, kuilu 3, tarkastellaan mahdollisia puutteita rekrytoinnissa, työntekijöiden roolit saattavat olla epäselviä. Teknologia, arviointi ja palkkaus eivät mahdollisesti tue työtä. Työntekijöillä voi olla liian vähän valtaa tai tiimityötä. Kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa, saattaa olla ongelmia kysyntäpiikeissä. Ongelmia voi olla myös välikäsien kanssa, eli konflikteja tavoitteiden, tulosten, kustannusten ja palkkauksen kanssa. Tiedotuksen, koulutuksen ja motivoinnin parantamisella tuetaan työntekijöitä totuttujen toimintatapojen muutoksiin. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187–188.)

Neljäs laatukuilumalli, kuilu 4, viestinnän kuilu, on asiakastyytyväisyyden ja palvelun tuottamisen välissä. Palvelun laatu ja lupaukset eivät ehkä ole oikeassa suhteessa. Onko viestintää riittävästi? Odotusten hallinta ei ehkä onnistu. Luvataanko liikoja? Sisäinen viestintä ei mahdollisesti toimi, osastojen ja yksiköiden väliset käytännöt saattavat erota toisistaan. Liiallisten lupauksen antaminen asiakkaalle ei vastaa asiakkaan odotuksia ja kokemus palvelun laadusta tällöin kärsii. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187–188.)

Asiakkaan kuilu 5, syntyy kaikkien edellisten kuilujen tuloksena. Kuilu syntyy siitä, jos ei tiedetä, mitä nuori tai perhe odottaa, suunniteltuun tasoon ei päästä tai tuotettu palvelu ei vastaa lupauksia. Eli avain laadukkaaseen palveluun on vastata asiakkaan odotuksiin tai ylittää asiakkaan odotukset positiivisesti. Laatuun vaikuttaa se, miten asiakas on kokenut palvelun toteutuneen odotuksiinsa nähden. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 46.)

4.3.2 Service blueprinting kehittämistyön apuvälineenä

Prosessianalyysin avulla voidaan tutkia ja kehittää prosesseja. Palveluprosessien analysointiin on kehitetty Service blueprintingiksi kutsuttu lähestymistapa. Se kuvataan prosessikaaviona (Kuvio 4), joka kuvaa yksityiskohtaisesti palveluprosessin etenemistä ja eri osallistujien, erityisesti asiakkaan, rooleja. Tarkoituksena on kuvata palveluprosessi niin, että henkilöstö, asiakkaat ja johtajat ymmärtävät kaikki samalla tavalla, millainen palvelun kokonaisuus on. (Bittner ym. 2007; Ojasalo ym. 2014, 178.)



Kuvio 4: Service blueprint-prosessi (Ojasalo ym. 2014, 180–181)

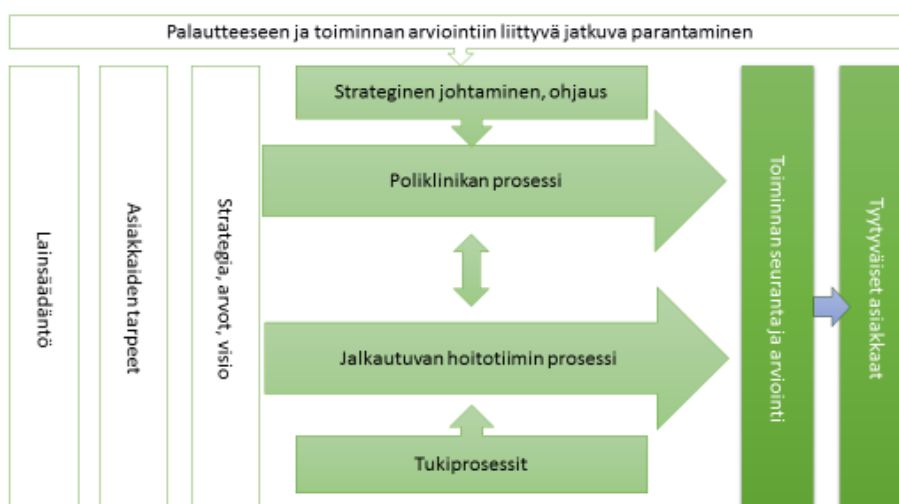
Service blueprinting korostaa asiakkaan roolia prosessissa. Menetelmä antaa työntekijöille mahdollisuuden nähdä, kuinka heidän työtehtävänsä liittyvät osaksi suurempaa kokonaisuutta ja osaksi asiakkaiden prosessia. Se auttaa näkemään palveluprosessin kriittisiä ja heikkoja kohtia, jotka todennäköisesti kaipaavat tarkkailua ja kehittämistä. (Bittner ym. 2007, 7–9; Ojasalo ym. 2014, 182.) Bittner ym. (2007) kuvaavat, että asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna palvelun lisäarvo on sujuva ja toimiva palvelu. Service blueprintingissä (Kuvio 5) asiakkaan toiminnot kuvaavat asiakkaan prosessin, kaikki asiakkaan toiminnot ja valinnat sekä asiakkaan ja palvelun tarjoajan vuorovaikutuksen. Palvelun tuottajan toimet jakautuvat asiakkaalle näkyviin ja näkymättömiin toimiin. Asiakkaalle näkymättömillä toimilla tuetaan ja valmistellaan asiakkaalle näkyviä toimia. Tukiprosessit kuvaavat palvelun tarjoajan sisäisiä toimia. Service blueprintingissä vuorovaikutuksen rajapinta kuvaa tilanteita, joissa asiakas on vuorovaikutuksessa palveluorganisaation kanssa. Näkyvyyden rajapinta jakaa palveluyrityksen kontaktihenkilöiden toimet asiakkaille näkyviin ja näkymättömiin toimiin. Sisäisen vuorovaikutuksen rajapinta erottaa asiakaskontakteissa olevien työntekijöiden toimet muun henkilöstön toimista.



Kuvio 5: Service blueprintingin komponentit

Prosessin ja asiakaslähtöisyyden yhdistäminen perustuu Jalavan ja Virtasen (1996, 71–72) mukaan kehittämistoimintana tavallisesti molempien tekijöiden analyysiin. Prosessi kuvataan usein vuokaaviona, ja asiakastarpeiden erittelyä varten suoritetaan asiakastutkimus. Tämän jälkeen asiakastarpeita ja prosessia verrataan toisiinsa, miten prosessi toteuttaa todettuja asiakkaan tarpeita. Toiminnan sujuvuus on tärkeä osa, ja sillä voidaan mitata prosessin läpimenoaikaa, eli aikaa, jonka prosessin suorittamiseen kuluu.

JUHTA (Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta) on esittänyt JHS 152 (prosessien kuvaaminen) suosituksen, jonka tarkoituksena on selkiyttää ja yhdenmukaistaa prosessien kuvaamista. Prosessien kehittäminen liittyy organisaation kehittämiseen ja suunnitteluun, ja sen pohjana ovat organisaation visiot, strategiat ja toimintaperiaatteet. Prosessikuvauksia käytetään prosessien johtamisen, hallinnan ja parantamisen välineenä. Ne auttavat hallitsemaan kokonaisuuksia, jäsentämään prosesseja ja toimijoiden vastuita sekä löytämään toiminnan tehostamistarpeita. Lisäksi prosessikuvauksia käytetään perehdyttämiseen, koulutukseen ja tietojärjestelmien kehittämiseen. (JHS 152.) Kuviossa 6 on selvennetty tässä kehittämistyössä tarkasteltavaa avohoidon prosessikarttaa tällä hetkellä.

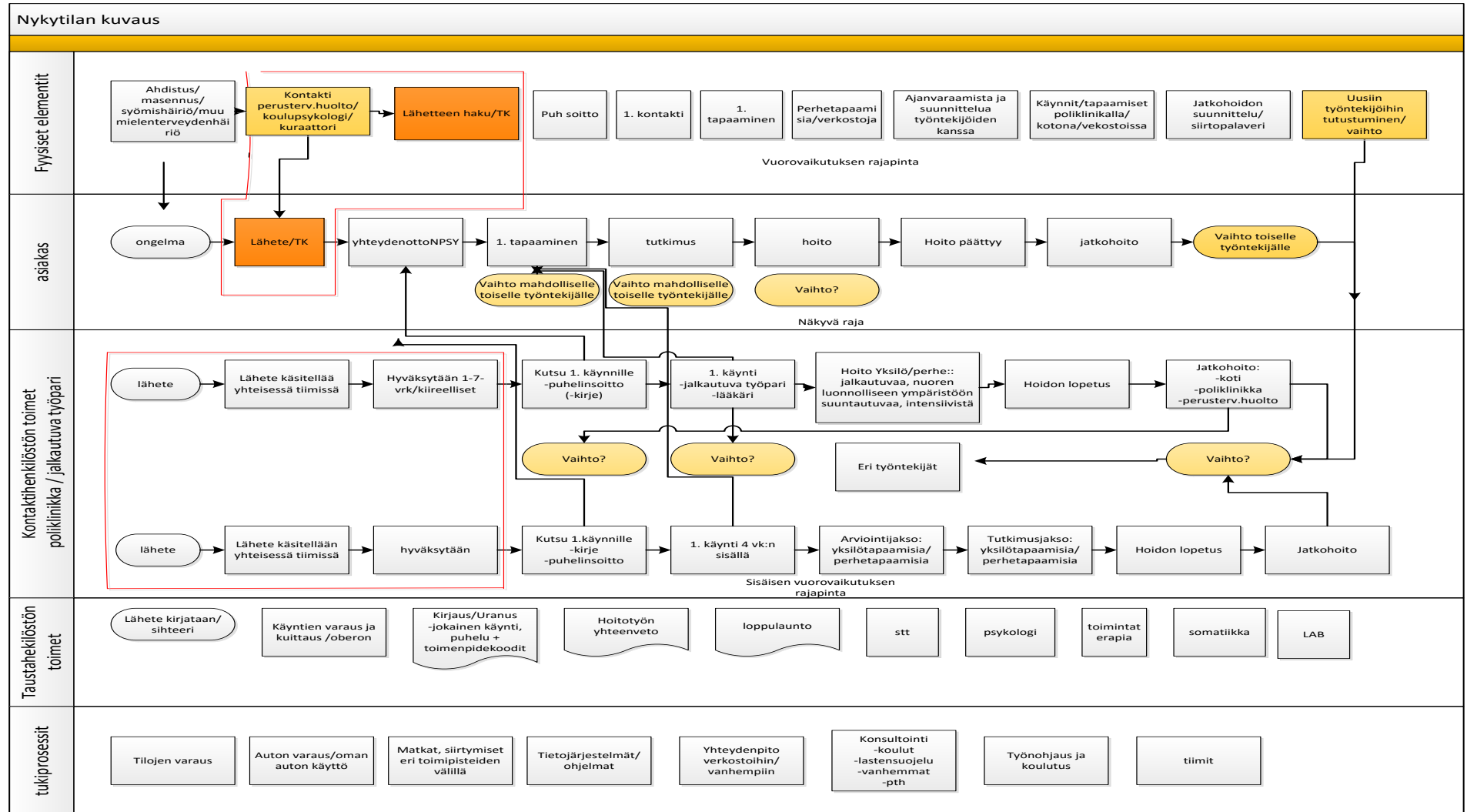


Kuvio 6: Avohoidon prosessikartta (JHS 152)

4.3.3 Nykytilan mallinnus prosessikaavion muodossa

Prosessikaavio, joka kuvaa asiakkaan toimintaprosessia nuorisopsykiatrisessa avohoidossa (Kuvio 7), luotiin Bittner, Ostrom ja Morganin (2007) kehittämän Service Blueprinting-mallin pohjalta. Prosessikaaviosta löytyvät niin jalkautuvan työn kuin ajanvarauspoliklinikan prosessit, jotka löytyvät nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketjusta (terveysportti). Prosessin selvittämisessä asiakkaan näkökulmasta prosessikuvaukseen (kuvio 7) on tuotu se tietämys, mitä asiakas tekee tai kokee palveluprosessin aikana erikoissairaanhoidon tarjoamassa nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Nykytilan kuvaus Service blueprintingia käyttäen antaa työntekijöille mahdollisuuden nähdä, kuinka heidän tehtävänsä liittyvät osaksi suurempaa kokonaisuutta. Se auttaa näkemään prosessin kriittisiä ja heikkoja kohtia, jotka todennäköisesti kaipaavat kehittämistä ja tarkkailua. Vuorovaikutuksen rajapinta ulkoisen asiakkaan ja työntekijän välillä havainnollistaa, mitkä kohdat erityisesti vaikuttavat palvelun laatuun. Myös prosessikuvauksessa näkyy mahdolliset kohdat, joissa pullonkauloja voi syntyä ja miltä osin prosessin tehokkuutta ja vaikuttavuutta voisi kehittää. (Ojasalo ym. 2014, 182.)

Kuvio 7: Asiakkaan toimintaprosessi nuorisopsykiatrisessa avohoidossa



4.4 Toinen vaihe, Nuorisopsykiatrisessa hoidossa olevan asiakkaan tyytyväisyys

Nykytilan tarkastelun jälkeen asiakastyytyväisyyttä kartoitettiin HUS:n valmiilla asiakastyytyväisyyskyselyllä (Liite 2). Työn tavoitteena oli aktivoida asiakastyytyväisyyskysely käytännöksi niin osastolle kuin ajanvarauspoliklinikalle sekä jalkautuvaan nuorisopsykiatriseen hoitotiimiin. Laatukuilumallien tarkastelun ja nykytilan kuvauksen (Service blueprinting) ja kartoituksen kautta asiakaslähtöisen hoidon laatua tarkasteltiin asiakastyytyväisyyskyselyn kautta. Kysely, jota tässä työssä käytettiin, on valmis HUS-asiakastyytyväisyyskysely, joka on avoin kaikille HUS:ssa hoidossa olleille potilaille sekä palvelua saaneille asiakkaille. Valmis HUS-asiakastyytyväisyyskysely päädyttiin aktivoimaan käyttöön nuorisopsykiatriselle osastolle ja ajanvarauspoliklinikalle, koska se oli jo olemassa valmiina.

Asiakastyytyväisyyskyselyn analysoinnin voidaan ajatella tässä työssä olevan laadullisesta lähtökohdista lähtevää, enemmänkin kuvailevaa kuin mittaavaa. Työn tavoitteena oli aktivoida asiakastyytyväisyyskyselyn käyttö osaksi arjen työtä, tavoitteena päästä mittaamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta, jotta potilaitten ja omaisten näkemyksistä saataisiin systemaattisemmin tietoa johtamisen ja kehittämisen tueksi.

Asiakastyytyväisyyskysely tai avoimen palautteen linkki löytyy internetistä HUS:n sivulta otsikolla ” palautetta HUS:lle”. Kyselyllä selvitetään potilaiden kokemuksia ja tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja palveluun. Kysymykset käsittelevät hoidon saatavuutta, sujuvuutta, turvallisuutta, kohtelua ja tiedonsaantia sekä hoitoon tuloa ja hoitoympäristöä. Vastauksia ei voi yhdistää palautteen antajaan. Kysymykset asiakaspalautteesta perustuvat lainsäädäntöön, tutkimuksiin, HUS-strategiaan ja arvoihin sekä asiantuntijoiden näkemyksiin. (HUS/Ohje henkilökunnalle 09/2012.) Asiakas saa osastolta, poliklinikalta tai jalkautuvan työn työntekijöiltä koodin, jolla pääsee tekemään kyselyn ja jolla vastaukset osoitetaan oikeaan kustannuspaikkaan.

Linkki asiakastyytyväisyyskyselyyn:

http://www.hus.fi/potilaalle/palaute_hoidosta/Sivut/default.aspx

4.4.1 Tiedonkeruumenetelmänä HUS-asiakastyytyväisyyskysely

Asiakaslähtöisesti toimintaansa kehittävä ja uudistava organisaatio kerää palautetta systemaattisesti ja monipuolisesti erilaisten palautemekanismien avulla. Asiakkaiden mielipiteet palvelukokemuksista ja -tapahtumista ovat aina autenttisia. (Kiviniemi ym. 2014, 180–181.) HUS-asiakastyytyväisyyskyselyn aktivoinnin tarkoituksena on tuottaa eri yksikkö- ja organisaatiotasolle riittävästi tietoa niissä hoidettujen asiakkaiden tai potilaiden

näkemyksistä toiminnan kehittämisen ja päätöksenteon tueksi. Se antaa tietoa myös hoidon vaikuttavuudesta. (HUS/Asiakastyytyväisyyspalaute.)

Jatkuvan palautteen hallinnan tavoitteena on tuottaa riittävästi tietoa niissä hoidettujen potilaiden ja asiakkaiden näkemyksistä toiminnan kehittämisen ja päätöksenteon tueksi. Kysymykset asiakaspalautteessa perustuvat lainsäädäntöön, tutkimuksiin, HUS:n strategiaan ja arvoihin, sekä asiantuntijoiden näkemyksiin. Kysely antaa tietoa yksiköille toiminnan kehittämistä varten. (HUS/Ohje henkilökunnalle 09/2012.)

HUS-asiakastyytyväisyyskysely aktivoitiin käyttöön helmikuussa 2015. Aikaisemmin HUS-asiakastyytyväisyyskyselyä ei oltu osastolla eikä poliklinikalla kerätty. Niin nuorisopsykiatrisen osaston kuin ajanvarauspoliklinikan henkilökunnallekin lähetettiin informaatiota sähköpostitse, jossa oli tietoa asiakastyytyväisyyskyselyn taustasta, tavoitteista ja tarkoituksesta. Osastotunneilla nuorisopsykiatrisella osastolla sekä ajanvarauspoliklinikan ja jalkautuvan työparin yhteisissä tiimikokouksissa asiakastyytyväisyyskyselyn keruusta informoitiin työntekijöitä, keskusteltiin ja kannustettiin sen käyttöön. Asiakastyytyväisyyskyselystä saatuja tuloksia tarkastellaan avohoidon osalta helmi-huhtikuun 2015 ajalta. Tarkoituksena oli alun perin kerätä palautetta helmi-toukokuulta 2015, mutta jostain syystä toukokuun raporttia avohoidon osalta ei löytynyt. Kuukausittainen raportti palautteista lähetetään asiakaspalautteista vastaavalle vastuhenkilölle, joka puolestaan lähettää palautteet osastonhoitajille. Asiakastyytyväisyyspalautteita tarkastellaan tässä työssä lähinnä avohoidon näkökulmasta, kuitenkin vertailun vuoksi olen tuonut asiakastyytyväisyyskyselyn tulokset osastohoidonkin osalta, jossa tuloksia on saatu helmi-kesäkuulta.

4.4.2 Asiakkaan tyytyväisyys omaan hoitoonsa

Asiakastyytyväisyyskyselyn (liite 2) tulokset avohoidossa on esitetty (Kuvio 8 ja 9) keskiarvoina, jotka jokainen HUS:n yksikkö saa palautetuista ja vastatuista palautteista. Kuvioissa 8 ja 9 on vastaukset avohoidosta helmi-huhtikuulta. Kuvioista on havaittavissa, että palautteita ei aiemmin ole tullut, osittain siitä syystä, että henkilökunta ei ollut kovin tietoinen mahdollisuudesta kerätä asiakastyytyväisyyspalautteita eikä siitä ole muodostunut toimintatapaa työkalutuurin sisälle.

Helmikuussa 2015 palautteita avohoidossa saatiin n=6, maaliskuussa n=4 ja huhtikuussa n=3. Käyntimäärät avohoidossa kyseisenä aikana, helmi-huhtikuussa käsittivät yhteensä 757 hoitotapahtumaa, ajanvarauspoliklinikalla oli siis yhteensä 688 hoitotapahtumaa, ja jalkautuvassa työssä oli yhteensä 69 hoitotapahtumaa. Tänä aikana hoitotapahtumat muodostuivat yhteensä avohoidossa 143 nuoren asiakkuudesta, ajanvarauspoliklinikalla tästä oli 118 asiakassuhdetta ja 25 asiakassuhdetta oli jalkautuvasta työstä. Asiakkuudet ja hoitotapahtumat laskettiin lo-

pulta käsin, kun ensin oli tulostettu tänä aikana hoidetut ja poistuneet potilaat. Yhteensä palautteita avohoidosta tuli $n=13$. Vastausprosentti oli siis 143 nuoren kohdalla 9,1 % eli vastausprosentti oli aika pieni, jos otetaan huomioon, että myös vanhemmat tai muu verkosto voivat antaa myös palautetta. Taustamuuttujien kohdalla asiakas voi itse valita vastaako niihin mitään, joten tässä työssä ei ole tarkemmin tarkastelu taustamuuttujina olleita asioita, kuten vastaajan taustatiedoista löytyviä kohtia, onko vastaaja potilas, omaisen/läheinen/muu potilaan edustaja. Myös potilaan syntymävuotta kysytään, kyselyä koskevan hoidon päättymispäivää tai hoitokäyntipäivää ja sitä, minne siirtyi hoidon päättymisen jälkeen (liite 2).

Nuorisopsykiatriselta osastolta saatiin $n=4$ palautetta helmikuulta, $n=2$ palautetta maaliskuulta ja $n=2$ palautetta oli tullut kesäkuulta (Kuva 10 ja 11), yhteensä $n=8$ palautetta. Helmikesäkuun aikana osastohoidosta kirjattiin ulos 20 nuorta. Vastausprosentti oli tutkitulta ajalta 40 %. Taustamuuttujia ei tässä osastohoidon osalta tarkastella, koska vastaukset taustamuuttujissa olivat satunnaisia, eivätkä kertoneet näin pienessä otoksessa mitään. Arviointi asteikko on 0-5, jolloin 1 on ”täysin eri mieltä” ja 5 on ”täysin samaa mieltä”. Myös punainen väri taulukossa korostaa mielipide-eroa, vihreä väri puolestaan korostaa asiakkaan mielipiteen yhtäläisyyttä.

Kyselylomakkeessa (liite 2) on yhteensä 28 kysymystä, jotka jakaantuvat kuuden eri otsikon alle: hoitoon tulo, tiedon saanti, hoito, hoidon turvallisuus hoitojakson aikana, hoitoympäristö ja kokonaisuus hoitojaksosta. Lopussa voi antaa vielä tarkentavia kommentteja sekä palautetta, joka voi olla kiitos, moite tai kehitysehdotus. Asiakastytyväisyys avohoidossa oli tämän kyselyn mukaan varsin korkeaa eli palaute oli hyvää, vaikkakin vastausprosentti avohoidossa 9,1 % oli varsin vähäinen.

Kuviossa 8 ja 9 avohoidon osalta tarkasteltuna asteikolla 0-5, huhtikuussa kaikkien tutkittujen kuukausien keskiarvona hoitoon tulo keskiarvo oli 4,8. Tiedon saannin keskiarvo oli 4,87. Saadun hoidon keskiarvo oli 4,76. Hoidon turvallisuus hoitojakson aikana oli 4,77. Hoitoympäristö oli 4,88. Kokonaisarvio hoitojaksosta oli 4,87. Avoimiin kysymyksiin ei oltu asiakastytyväisyyskyselyssä vastattu, ainoastaan palautteena oli että ”ovien alta kuuluu keskustelu” joka tarkoitti huonoa äänieristystä avohoidon väliaikaisissa väistötiloissa, toisin sanoen ovien äänieristys oli huono. Ovien äänieristystä korjattiin kevään 2015 aikana (Kuvio 8 ja 9).

	2014.05	2014.06	2014.07	2014.08	2014.09	2014.10	2014.11	2014.12	2015.01	2015.02	2015.03	2015.04	Yhteensä pöiminta
N=	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	3	13
Hoitoon tulo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4.67	5	4.8
Sain riittävästi etukäteistietoja hoitoon tulosta (esim. ohjeet osastolle/poliklinikalle saapumisesta, miten pitää valmistautua toimenpiteeseen tai mitä tarvitsen mukaani)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4.67	5	4.8
Tiedon saanti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.63	4.52	4.85	4.67
Pystyin asioimaan äidinkielelläni (suomi tai ruotsi)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Sain tarvittaessa tulkin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.67	3	5	4.5
Sain tarvitsemani tiedot hoitopaikkani aikataulusta ja toiminnasta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4.5	4.67	4.67
Sain tarvitsemani tiedot sairaudestani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.67	4.33	5	4.67
Sain tarvitsemani tiedot hoidostani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4.33	4.33	4.5
Sain hoidon aikana tiedot tutkimuksista, toimenpiteistä ja niiden tuloksista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.5	4.33	5	4.6
Saamani tieto hoidostani ja tutkimuksista oli ymmärrettävää	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4.33	4.67	4.3
Jatkohoitoni suunniteltiin kanssani riittävästi (esim. kotiutuspäivä, jatkoseuranta, tarvittava ulkopuolinen apu)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.67	5	5	4.88
Läheiseni saivat tarvittavat tiedon hoidostani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	5	5	4.9

Kuvio 8: Mielipiteet avohoidossa: Hoitoon tulo ja tiedon saanti

	2014.05	2014.06	2014.07	2014.08	2014.09	2014.10	2014.11	2014.12	2015.01	2015.02	2015.03	2015.04	Yhteensä pöiminta 13
N=	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	3	
Hoito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.73	4.78	4.77	4.76
Hoitoni oli ammattitaitoista	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4.67	5	4.8
Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Henkilökunta kohteli minua hyvin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Hoitoni aloitettiin riittävän nopeasti	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.5	4.67	5	4.7
Sain lievitystä mahdollisiin oireisiini, kun siihen oli tarvetta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4.67	3	4
Mahdollinen pelkoni ja jännitykseni huomioitiin ja niitä lievitettiin	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.67	4.67	4.78
Sain hoitopaikkani muuttumisesta ajoissa tiedon	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	5	5	4.89
Hoito tai tutkimukset eivät aiheuttaneet minulle noloja tai kiusallisia tilanteita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.5	5	4.88
Hoidon turvallisuus hoitojakson aikana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.82	4.4	4.77
Koin oloni turvallisesti hoidon tai tutkimuksen aikana	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	4.33	4.8
Arkaluontoisista asioistani puhuttiin siten, etteivät ulkopuoliset kuuleet niitä	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.67	5	4.9
Sain lääkkeeni oikein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	3	4.43
Sairauteni tai hoitoni edellyttämä ruokavalio toteutui oikein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.5	5	4.88
Hoitoympäristö	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.92	4.6	5	4.88
Päysin liikkumaan tiloissa vaivattomasti (esim. WC-tiloihin, suihkuun jne.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Tilat olivat siistit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5
Hoitoympäristöni oli rauhallinen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.75	4	5	4.67
Kokonaisarvio hoitojaksosta	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.67	4.44	4.89	4.67
Saamani hoito oli hyvää	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	4.33	5	4.8
Voisin suositella tätä hoitopaikkaa muille	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.5	4.67	5	4.7
Pystyin arvioimaan saamaani hoitoa hyvin tämän kyselylomakkeen avulla	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4.5	4.33	4.67	4.5

Kuvio 9: Mielipiteet avohoidossa: Hoito, hoidon turvallisuus hoitojakson aikana, hoitoympäristö ja kokonaisuus hoitojaksosta

Vertailun vuoksi alla olevissa kuvioissa 10 ja 11, on nähtävissä vastaavana aikana kerätyt asiakaspalautteet nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta. Asiakastyytyväisyyspalautteita nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta saatiin helmi-, maalisi- ja kesäkuulta. Huhti- ja toukokuulta palautteita ei tullut, 20 nuorta oli tänä aikana hoidossa ja kirjattiin ulos. Vastausprosentti osastohoidosta oli 40 %. Tulkin puute maaliskuussa, saatu tieto hoidosta ja tutkimuksista ei ollut täysin ymmärrettävää helmikuussa, lievityksen saaminen oireisiin, arkaluontoisista asioista puhuminen, lääkkeiden saaminen oikein ja hoitoympäristön rauhallisuus alensivat vastaustulosten keskiarvoa avohoidossa. Palautteiden sisällön ja informaation erilaisuus verrattuna nuorisopsykiatriseen avohoittoon saattaa selittyä osin pakkohoitotoiminnoilla, jotka perustuvat mielenterveyslakiin (14.12.1990/1116). Tällöin nuoren tyytymättömyys saamaansa hoitoon saattaa johtua vastentahtoisesta hoidosta ja motivaation puutteesta hoitoaan kohtaan.

Kuvioissa 9 ja 10 asteikolla 0-5, on kesäkuussa laskettu keskiarvo kaikkien tutkittujen kuukausien (helmi-, maalisi- ja kesäkuu) keskiarvoina, jossa hoitoon tulon keskiarvo oli 4,2. Tiedon

saanti oli 4,71. Hoito oli 4,46. Hoidon turvallisuus hoitojakson aikana oli 4,8. Hoitoympäristö oli 4,67. Kokonaisarvio hoitojaksosta oli 4,47.

Maaliskuun 2015 osalta on nähtävissä tyytymättömyyttä hoitoon tulosta. Asiakkaan kokemuksena on ollut, että ei ole saanut riittävää etukäteistietoa hoitoon tulosta, jonka keskiarvo on 1. Myös kohdassa ”sain tarvittavat tiedot sairaudestani” on keskiarvo 3. ”Sain tarvittavat tiedot hoidostani” keskiarvolla 3 (kuvio 10). Hoitoa koskevia päätöksiä ei ollut tehty yhdessä potilaan kanssa ”Hoitoa koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani” kohdassa on keskiarvona 1 (kuvio 11), hoitopaikan muuttumisesta asiakas ei saanut ajoissa tietoa (keskiarvo 2), hoito ja tutkimukset olivat aiheuttaneet asiakkaalle noloja tilanteita (keskiarvo 1), asiakas ei tuntenut oloaan turvalliseksi hoidon aikana (keskiarvo 2), tilat eivät olleet kovin siistit (keskiarvo 3). Asiakkaan kokemuksena on, että ei voisi suositella hoitopaikkaa muille (keskiarvo 2), eikä myöskään pystynyt arvioimaan saamaansa hoitoa kovinkaan hyvin tämän kyselylomakkeen avulla (keskiarvo 2).

HUS-kyselylomake on hyvä mittari mittaamaan asiakkaan kokonaiskuvaa monenlaisista toiminnoista, jotka voivat keskittyä niin sairaaloihin, laboratorioihin, röntgenpalveluihinkin. Kuitenkin nuorisopsykiatrian asiakaslähtöisyyttä ajatellen HUS-kyselylomakkeen heikkoutta ehkä kuvaa se, kuinka nykyinen järjestelmä laskee keskiarvoja. Mikäli jonakin kuukautena saadaan paljon palautettuja asiakastyytyväisyyskyselyjä, kyseisen maaliskuun kaltainen palaute osastohoidosta jää piiloon, järjestelmän näyttäessä sen osana muita tuloksia, keskiarvona.

	2014.07	2014.08	2014.09	2014.10	2014.11	2014.12	2015.01	2015.02	2015.03	2015.04	2015.05	2015.06	Yhteensä pöytä
N=	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	0	2	9
Hoitoon tulo	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	5	4.2
Sain riittävästi etukäteistietoja hoitoon tulosta (esim. ohjeet osastolle/poliklinikalle saapumisesta, miten pitää valmistautua toimenpiteeseen tai mitä tarvitsen mukaani)	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0	5	4.2
Tiedon saanti	0	0	0	0	0	0	0	4.81	4.22	0	0	4.88	4.71
Pystyin asiomaan äidinkieleni (suomi tai ruotsi)	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Sain tarvittaessa tulkin	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	5
Sain tarvitsemani tiedot hoitopaikkani aikataulusta ja toiminnasta	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	5	4.8
Sain tarvitsemani tiedot sairaudestani	0	0	0	0	0	0	0	4.5	3	0	0	5	4.4
Sain tarvitsemani tiedot hoidostani	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	0	5	4.6
Sain hoidon aikana tiedot tutkimuksista, toimenpiteistä ja niiden tuloksista	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	4	4.25
Saamani tieto hoidostani ja tutkimuksista oli ymmärrettävää	0	0	0	0	0	0	0	4	4	0	0	5	4.4
Jatkohoitoni suunniteltiin kanssani riittävästi (esim. kotiutuspäivä, jatkoseuranta, tarvittava ulkopuolinen apu)	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Läheiseni saivat tarvittavat tiedot hoidostani	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5

Kuvio 10: Mielipiteet nuorisopsykiatriisella osastolla: Hoitoon tulo ja tiedonsaanti

	2014.07	2014.08	2014.09	2014.10	2014.11	2014.12	2015.01	2015.02	2015.03	2015.04	2015.05	2015.06	Yhteensä poiminta
N=	0	0	0	0	0	0	1	4	2	0	0	2	9
Hoito	0	0	0	0	0	0	0	4.6	3.38	0	0	5	4.46
Hoitoni oli ammattitaitoista	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Hoitoni koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani	0	0	0	0	0	0	0	4.5	1	0	0	5	4
Henkilökunta kohteli minua hyvin	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	0	5	4.6
Hoitoni aloitettiin riittävän nopeasti	0	0	0	0	0	0	0	4	5	0	0	5	4.6
Sain lievitystä mahdollisiin oireisiini, kun siihen oli tarvetta	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Mahdollinen pelkoni ja jännitykseni huomioidtiin ja niitä lievitettiin	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	0	5
Sain hoitopaikkani muuttumisesta ajoissa tiedon	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	3.5
Hoito tai tutkimukset eivät aiheuttaneet minulle noloja tai kiusallisia tilanteita	0	0	0	0	0	0	0	3.5	1	0	0	5	3.6
Hoidon turvallisuus hoitojakson aikana	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	5	4.8
Koin oloni turvallisesti hoidon tai tutkimuksen aikana	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	5	4.4
Arkaluontoisista asioistani puhuttiin siten, etteivät ulkopuoliset kuuleet niitä	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	5	4.8
Sain lääkkeeni oikein	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Sairauteni tai hoitoni edellyttämä ruokavalio toteutui oikein	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Hoitoympäristö	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	4.67	4.67
Päisin liikkumaan tiloissa vaivattomasti (esim. WC-tiloihin, suihkuun jne.)	0	0	0	0	0	0	0	5	5	0	0	5	5
Tilat olivat siistit	0	0	0	0	0	0	0	5	3	0	0	5	4.6
Hoitoympäristöni oli rauhallinen	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	4	4.4
Kokonaisarvio hoitojaksosta	0	0	0	0	0	0	0	4.83	2.67	0	0	5	4.47
Saamani hoito oli hyvää	0	0	0	0	0	0	0	5	4	0	0	5	4.8
Voisin suositella tätä hoitopaikkaa muille	0	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0	5	4.4
Pystyin arvioimaan saamani hoitoa hyvin tämän kyselylomakkeen avulla	0	0	0	0	0	0	0	4.5	2	0	0	5	4.2

Kuvio 11: Mielipiteet nuorisopsykiatrisella osastolla: Hoito, hoidon turvallisuus hoitojakson aikana, hoitoympäristö ja kokonaisuus hoitojaksosta

4.5 Kolmas vaihe, Hoitotyöntekijöiden kokemukset asiakaslähtöisyyden toteutumisesta

Asiakaslähtöisyyden tarkastelu jatkui nuorisopsykiatrisen yksikön hoitohenkilöstön haastattelulla. Fokusryhmähaastattelu on ryhmähaastattelun menetelmä, jota on käytetty sosiaalitutkimuksissa. Sillä pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä. Se on keino saada selville ihmisten tarpeita, mieltymyksiä ja subjektiivisia reaktioita. Fokusryhmähaastattelulla saadaan myös ideoita palveluiden kehittämistä varten, sen avulla voidaan kerätä toimijoiden käsityksiä kehitettävästä asiasta. Fokusryhmän tekniikkaan sisältyy ajatus ryhmän koostumuksen fokusoimisesta. Se eroaa tavallisesta ryhmähaastattelusta painopisteen ollessa osallistujien keskinäisessä vuorovaikutuksessa, ei haastattelijan ja osallistujien välisessä vuorovaikutuksessa. (Toikko & Rantanen 2009, 145; Mäntyranta & Kaila 2008.)

Tarkoituksena kehittämistyössä oli haastatella nuorisopsykiatrisen yksikön hoitohenkilökuntaa fokusryhmähaastattelu-menetelmällä, jossa tavoitteena oli luoda sellainen dialoginen yhteinen tila, jossa asiakaslähtöisyyden viitekehyksestä pohdittiin työntekijöiden toiveita, tarpeita ja näkemyksiä asiakaslähtöisyyden toteutumiselle.

4.5.1 Fokusryhmähaastattelu menetelmänä

Fokusryhmähaastattelussa pyrittiin saamaan aikaan mahdollisimman paljon keskustelua osallistujien välille. Ryhmän keskustelu muodosti tutkimusaineiston. (Mäntyranta & Kaila 2008.) Keskusteluteeman runko oli pyritty tekemään mahdollisimman selkeäksi. Pohjana kysymysten muodostumiselle olivat kehityspäivän teemojen pohjalta luotu viitekehys asiakaslähtöisyyden toteutumiselle nuorisopsykiatriassa. Varsinainen keskustelurunko oli jäsennetty kolmen kysymyksen varaan (Liite 1). Kysymysten alla on nähtävissä aihepiirejä, jotka saattoivat olla ja olivatkin haastateltavien apuna/tukena keskustelun aikana. Aluksi keskustelussa avattiin teema yleisellä tasolla. Toinen kysymys kohdistettiin varsinaisiin tutkimuskysymyksiin, jonka sisältö oli muotoiltu teoriaa peilaten. Pääkysymys pyrittiin fokusoimaan tarkasti; miten asiakaslähtöisyys haastateltavien mielestä toteutuu. Kolmannessa kysymyksessä näkökulma pyrittiin siirtämään tulevaisuuteen. Fokusryhmän haastatteluun varattiin noin 2 tuntia aikaa. Tästä saatiin aineistoksi haastattelumateriaali, joka koostui ryhmään osallistuneiden kommentteista. Analyysin kohteena oli siis ryhmä, ei yksittäiset osallistujat. On tärkeää, ettei lukijan ole mahdollista tunnistaa lainauksista ja niihin liittyvistä merkinnöistä henkilöitä. (Mäntyranta & Kaila 2008). Kehittämistoiminnan kannalta fokusryhmä mahdollisti työntekijöiden äänen kuulemisen. Siinä annettiin tilaa moniäänisyydelle. (Toikko & Rantanen 2009, 145–146.)

Ydinkohdat kirjattiin muistiinpanoiksi ryhmäkeskustelun aikana, mutta niitä täydennettiin heti haastatteluiden jälkeen. Aineisto nauhoitettiin, litteroitiin, ja siitä etsittiin tutkimusteemaan liittyviä tarkkoja merkitysyhteyksiä. Tiettyjä teemoja ja näkemyksiä alkoi löytyä aineistosta. Aineistoa pilkottiin ja ryhmiteltiin erilaisten aihepiirien, pelkistettyjen ilmausten, mukaan. Tämän jälkeen hahmottuivat alakäsitteet. Pilkkominen oli suhteellisen helppoa, koska haastattelun teemat muodostivat jo itsessään jäsenyyksen aineistoon. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin aineistolähtöistä laadullista sisällönanalyysia, ja analyysiyksiköt oli valittu tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Analyysi on induktiivista. Kuitenkin analyysin voidaan ajatella olevan myös teoriaohjaavaa, jossa analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto ohjaa tai auttaa analyysia. Aineiston analyysivaiheessa edetään aluksi aineistolähtöisesti, mutta analyysin loppuvaiheessa analyysi muuttui teorialähtöiseksi, eli deduktiiviseksi päättelyksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.) Aineisto pelkistettiin, informaatio tiivistettiin ja pilkottiin. Aineiston pelkistämistä ohjasi tutkimustehävä ja haastattelun pääkysymykset. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109–110.)

Sisällönanalyysillä oli tarkoitus luoda sanallinen ja selkeä kuvaus asiakaslähtöisen hoidon toteutumisesta erään sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatriassa. Haastattelu on litteroitu ja kirjoitettu tässä opinnäytetyössä siinä järjestyksessä, jossa se oikeastikin toteutettiin, puhuttiin, jotta lukijalle voisi muodostua mielikuva keskustelun etenemisen tunteesta ja asiayhteyksistä, jotka ovat johdattaneet keskustelijoita aina seuraavaan aiheeseen. Yläluokkana on ensimmäisessä kysymyksessä (taulukko 1): Asiakastytyväisyyteen vaikuttavat tekijät. Alaluokkana ovat ensimmäisessä kysymyksessä ensikontakti, hoitosuhde, nuoren kuulluksi tuleminen lähetteestä, meneillään olevan muutoksen vaikutus hoitosuhteeseen, eettisyys ja arvot, hoitajaksojen rajaus ja prosessien suunnittelu. Toisessa kysymyksessä yläluokkana on (taulukko 2): Asiakastytyväisyyden toteutuminen. Alaluokkina ovat toisessa kysymyksessä kuulluksi tuleminen, hierarkisuus, luottamus, hoidon taito, avoimuus ja muutostilanne. Kolmannessa, eli viimeisessä kysymyksessä yläluokkana on (taulukko 3): Asiakaslähtöisen työn tulevaisuudennäkymät. Alaluokkana kolmannessa kysymyksessä ovat resurssit, lähetekäytäntö, viestintä ja muutostilanne. Alaluokka on analyysissä merkitty mustilla otsikoilla. Jokaisen kysymyksen jälkeen taulukossa on selvennetty alaluokat ja pelkistetyt ilmaukset. Alaluokat ovat syntyneet haastatteluaineistoista, pelkistettyjen ilmausten luokittelun jälkeen.

4.5.2 Hoitohenkilökunnan haastattelun analyysi

Kehittämistoiminnan kannalta fokusryhmähaastattelu mahdollistaa palveluiden käyttäjien äänen kuulemisen. Siinä annetaan tilaa moniäänisyydelle ja painopiste on osallistujien keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Toikko & Rantanen 2009, 145–146.) Haastattelusta lähetettiin sähköpostitse infoa, kutsukirje ja haastattelukysymykset (Liite 1) etukäteen, jotta haastateltavat saivat tutustua aiheeseen ja menetelmään rauhassa. Fokusryhmähaastatteluun otti osaa lopulta seitsemän (n=7) kokenutta sairaanhoitajaa. Kutsun haastatteluun sai 17 hoitajaa, osallistumisprosentin ollessa siis 41 %. Osallistuminen haastatteluun oli vapaaehtoista. Haastattelu pidettiin sovittuna ajankohtana toukokuun lopulla 2015. Haastattelu kesti n. 1 ½ tuntia.

Haastattelu koostui kolmesta pääkysymyksestä (liite 1). Ensimmäisessä kysymyksessä avattiin teemaa yleisellä tasolla, eli kysymyksenä oli, mitkä tekijät haastateltavien mielestä vaikuttivat asiakastytyväisyyteen.

Ensikontakti

Fokusryhmän keskustelussa ensikohtaaminen ja hoitoon tulo koettiin tärkeäksi ja merkitykselliseksi. Haastateltavat miettivät tätä omakohtaisesti ja asiaan eläytyen, ja oli hyvin henkilökohtaista, miten haluaisi tulla kutsutuksi ensikäynnille. Osa toivoi saavansa kutsun ja tiedon ensiajasta kirjeellä, mikäli olisi asiakkaan roolissa. Oli myös tärkeää tietää ensikontaktista joko kirjeitse tai puhelimitse, mihin ja kenen luokse tulee ja kenelle voi tarpeen mukaan soittaa. Toisaalta puhelinsoitto koettiin hyväksi ja tärkeäksi tavaksi olla ensi kertaa yhteydessä

perheeseen, koska puhelun aikana tuli esille usein se, mistä ongelmasta on kyse. Tätä haastateltavat miettivät omakohtaisesti ja asettuen asiakkaan asemaan: miltä tuntuisi, jos esimerkiksi oma lapsi sairastuisi psyykkisesti ja tarvitsisi hoitoa. Koettiin, että olisi helpottavaa, jos saisi jutella työntekijän kanssa etukäteen siitä, mistä on kyse. Tämä ensimmäinen keskustelu puhelimitse loi haastateltavien mielestä turvallisuuden tunteen perheelle ja madalsi ehkä kynnystä tulla ensikäynnille. Koettiin myös, että puhelimessa oli helppoa antaa perheelle informaatiota siitä, minkälaista tukea tai apua nuori ja perhe voi odottaa saavansa nuorisopsykiatriasta. Koettiin, että ensimmäisessä puhelinkeskustelussa työntekijä kunnioitti perhettä antamalla perheelle aikaa kuuntelemalla heitä, tavoitteena akuutin huolen väheneminen ja rauhoittelu. Tämän toivottiin tuovan perheelle tunteen huolen jakamisesta. Koettiin, että oli tärkeää kuunnella ja antaa tapaamisaika nopeasti.

Eiköhän se oo se ensimmäinen kohtaaminen nuorelle ihan äärettömän tärkeätä (6)

Et siin puhelussa tulee aika paljon sitä, et mitä niillä vanhemmilla on sydämel-
lään jo siinä ensimmäisessä puhelussa, et ne voi purkaa siinä aika paljon, et se
tarve on nii vahva (1)

Hoitosuhde

Luottamuksellisen suhteen muodostuminen koettiin tärkeäksi ja nuoren oma motivaatio vaikutti hoitosuhteen syntymiseen.

Jos luottamus syntyy, nii sit voi tapahtua mitä vaan, mut jos ei saa sitä suhdet-
ta, et jos se nuori ei halua tai kykene, nii onhan se vaikee muuttaa yhtään mi-
tään, et vaikka perhekin haluais, mut nuori ei.. (7)

Uudet työntekijät koettiin haasteeksi hoitosuhteen ja luottamuksen muodostumiselle. Koettiin, että terapiasuuntauksellakaan ei ollut niin väliä, kunhan oli luottamuksellinen hoitosuhde olemassa. Ihmisten mielikuvat psykiatria kohtaan saattoivat olla edelleen vahvoja, leimautumista pelättiin ja psykiatrasta hoitoa hävettiin. Pienen paikkakunnan ongelmana on usein tuttuus: se että työntekijät olivat monelle asiakkaalle tuttuja, vaikeutti hoitosuhdetta ja välillä työntekijöitä ja heidän sopivuutta tiettyä perhettä kohtaan mietittiin tämän vuoksi tarkasti. Koettiin, että työntekijöinä voi omalla viestinnällään madaltaa kynnystä ja pelkoja psykiatria kohtaan.

Nuoren kuulluksi tuleminen lähetteessä

Haaste oli myös välillä saada lähetteestä selvää. Se, mitä kannattaa tehdä, kuka tekee mitä ja kuinka saada asiakas mahdollisimman nopeasti oikeaan paikkaan oikeille ihmisille. Lähetteessä on aina joku ongelma tai pulma, jonkun ihmisen näkemys ongelmasta. Kokemuksen kautta haastateltaville oli tullut tuntuma, että useinkaan nuoren oma näkemys ei näkynyt lä-

hetteessä vaan tulkinta nuoren ongelmasta saattoi olla lääkärin, vanhemman tai jonkun muun, joka on ollut nuoren kanssa lääkärillä hakemassa lähetettä.

Et löytäis sen mikä on sen nuoren oma näkemys, et mitä nuori ite kokee mikä on se ongelma ja et mitä se tarttis (7)

Meneillään olevan muutoksen vaikutus hoitosuhteeseen

Koettiin että meneillään oleva muutos vaikuttaa hoitoon ja hoitokontaktiin epäsuorasti. Meneillään oleva muutos herätti haastateltavissa epävarmuutta ja vaikutti jaksamiseen sekä työilmiapiiriin. Tämä näkyi niin työilmiapiirissä, omissa voimavaroissa, jaksamisessa ja pitkällä tähtäimellä asiakastyössä.

Et kylhän se vaikuttaa jaksamiseen, et jos työilmiapiiri on hyvä, niin kylhän siin on paremmat mahdollisuudet hoitaa (7)

Hoitosuhde koettiin kuitenkin kaikkein tärkeimmäksi. Tässä oma arvomaailma ja eettinen pohdinta ohjasivat pitämään hoitosuhdetta tärkeimpänä, sen jälkeen palkka koettiin tärkeäksi. Kokemus oli myös se, että kun työtä tekee ja kohtaa asiakkaita, niin sillä hetkellä ei kuitenkaan mieti muutoksia. Tällä haluttiin myös suojata itseä, eikä koko ajan miettiä, onko jatkossa töitä vai ei. Epävarmuus näkyi ja tuntui kaikessa haastateltavien mukaan, se näkyi ihmisissä, työparin löytämisessä ja joustavuudessa. Koettiin, että ei pystytty samalla tavalla kuin ennen antamaan aikoja asiakkaalle.

Eettisyys ja arvot

Oma arvomaailma ja eettinen pohdinta ohjasivat vahvasti sairaanhoitajien työtä, pyrittiin siihen, että omia huolia muutostilanteesta tai muusta ei viety hoitosuhteeseen. Koettiin, että hoitosuhde tulee ensimmäisenä, sitten tulee palkka ja muut asiat. Toisaalta koettiin, että mikäli pysähtyi miettimään muutostilannetta, niin sillä oli kuitenkin vaikutusta omaan jaksamiseen. Hoitajan etiikka näkyi siinä, että hoitotyötä tehtiin, olivat olot mitkä hyvänsä.

et toisaalta ihmettelen osaston näkökulmasta, et miten ihmiset jaksaa, ihmiset on kauheen kunnianhimoisia, ahkeria ja jotenkin viis mitä ympärillä tapahtuu, et me tehään tätä duunia viimeisen päälle, viimeiseen asti (1)

Koettiin, että muutostilanteessa ollaan oltu ennenkin ja hyvää hoitotyötä on siitä huolimatta tehty.

Hoitojaksojen rajaaminen ja prosessien suunnittelu

Koettiin, että olisi hyvä tarkemmin pohtia asiakaslähtöisyyttä niin, että milloin meidän tulee hoitaa, kuinka pitkään ja kuka hoitaa ja kuka tästä kaikesta tekee päätökset. Jos asiakas ei ollut tyytyväinen hoitoon, niin työryhmissä helposti asiakkaan kritiikki koettiin henkilökohtai-

sena. Nähtiin, että epävarmuuden sietokykyä tarvitaan. Koettiin myös, että nuorta ei voi aina hoitaa ajan tai paikan ollessa epäsopiva.

ei voi aina varman päälle vetää, et siinäkin on haasteensa, että välillä aika on väärä hoidolle tai muu tekijä on väärä, ettei voi kynsin hampain pitää kiinni (7)

Koettiin, että on hyvä asia, että hoitosuhteet myös loppuvat, uuden lähetteen erikoissairaanhoidon voi aina hakea, vaikka lähetekäytäntöä pidettiin hankalana asiakkaan kannalta. Koettiin, että tämän vuoksi nuori saattaa myös jäädä erikoissairaanhoidon roikkumaan. Hoitojaksojen muuttuessa yhä lyhemmiksi, koettiin hoitojaksojen rajauksella olevan myös hyviä puolia, ja se antoi vastuuta myös asiakkaalle.

monesti jos se on viis kertaa vaikka niin se antaa myös sen vastuun sille nuorellekin, kun voi rajata sitä aikaa, et mun täytyy puhua näistä asioista, et paineita ja vastuuta tulee nuorelle, välillä se voi olla toimivakin juttu et se aika on rajattu (6)

Se, että hoitoaika on rajaamaton, saattoi haastateltavan mielestä haitata nuoren mielessä tavoitteen saavuttamista ja vaikutti myös siihen, arvostiko nuori varattua aikaa läsnäolollaan. Hoitoa voitiin suunnitella yhdessä ja tämä helpotti hoitoon sitoutumista nuoren kannalta, kun nuori tiesi missä mennään.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
-ensikohtaminen ja hoitoon tulo	ensikontakti
luottamuksellisen suhteen muodostuminen -nuoren oma motivaatio -uudet työntekijät haasteena hoitosuhteelle	hoitosuhde
-lähetteestä vaikea saada selvää -mitä kannattaa tehdä -kuka tekee mitä -asiakas mahdollisimman nopeasti oikeaan paikkaan -nuoren näkemys ei näy lähetteestä -mielikuvat psykiatria kohtaan -työntekijä voi omalla viestinnällään madaltaa kynnystä tulla psykiatriaan	nuoren kuulluksi tuleminen lähetteestä
-vaikuttaa hoitoon -hoitosuhde on kuitenkin tärkein	meneillään olevan muutoksen vaikutus hoitosuhteeseen
-oma arvomaailma ohjaa -hoitosuhde tulee ensimmäisenä	eettisyys ja arvot
-olisi hyvä tarkemmin miettiä asiakaslähtöisyyttä -epävarmuuden sietokykyä tarvitaan	hoitojakson rajausta ja prosessien suunnittelu

Taulukko 1: Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

Haastattelun toinen kysymys oli, miten asiakaslähtöisyys haastateltavien mielestä toteutuu.

Kuulluksi tuleminen

Keskustelu jatkui ensimmäisestä kysymyksestä luontevasti kokemukseen ja kysymykseen, tuleeko kaikkien ääni esille. Koettiin, että työntekijöiden oma ääni ei pääse esille mm. poliklinikan tiimeissä. Näissä tiimeissä suunvuoron saaminen koettiin hankalana. Työntekijät miettivät kokemusta, miltä perheestä mahtoi tuntua silloin, kun ei tule kuulluksi, jos itsekään ei tule yhteisissä tiimeissä kuulluksi. Keskustelussa tuli esille, että tärkeää ei ole pelkästään työntekijöiden näkemys nuoren ongelmasta, vaan pitäisi muistaa kysyä ja kuunnella mitä nuori itse tilanteestaan sanoo. Koettiin, että ainoa mihin tulisi puuttua, on se, mitä perheet itse asiasta tai ongelmastaan kokevat tai mitä informaatiota he siitä tuottavat. Perheen motivaatiota hoitoon pidettiin hoidon kannalta tärkeänä. Toisaalta, perheet eivät aina tiedäneet, mitä edes voivat odottaa hoidolta.

just et mitä perhe voi odottaa et eihän ne usein edes tiedä mitä odottaa, et monesti ku kysyy niin ne ei tiedä, et mitä voi odottaa..että esimerkiksi eihän ne aina ees osaa odottaa et osastolla olis aina sama hoitaja (5)

et yrittää sitä nuoren kannalta ja perheen asiaa tuoda, jos ei aina saa omaa-kaan..koko ajan pitäisi muistaa, et se ei ole vaan meidän näkemys tästä tilanteesta, todellakaan, vaan sitä ei saisi unohtaa mitä nuori ja perhe tilanteestaan sanoo.. (6)

Koettiin, että usein perhetapaamisessa tai hoitokokouksessa ei lähdetä perheen lähtökohdasta ja kysyttyä perheeltä, mitä teille kuuluu tällä hetkellä, vaan tapaamiseen mennään enemmänkin tietyllä ennakkosuunnitelmalla, joka tulisi käydä lävitse tai hoitaa tapaamisen aikana.

kysyis silloin perheeltä tai nuorelta, et mikä on se tämän päivä puheenaihe, et siitä vois sitten puhua, et muut asiat hoituis kyllä.. (4)

et luottais siihen, et millään kaavalla ei tarvii mennä, vaan et kyllä se yksilökontakti on tietoinen, jos sellaista on, et just se että mitä tänään on mielessä, mistä nuori ja perhe on huolestunut (7)

Verkostoissa perhe ei aina haastateltavien mielestä tullut kuulluksi. Vanhempi saattoi soittaa verkoston jälkeen työntekijälle tuoden kokemuksensa esille, että ei ollut tullut kuulluksi yhteisessä palaverissa. Haastateltavien kokemus oli, että silloin alkoi työntekijän ja vanhemman välillä erillinen prosessi, kun mietittiin, mitä verkostossa oli tapahtunut tai mitä vanhempi ajatteli.

sithän se on välillä, että jos on ollut joku verkosto ja jälkeenpäin joku äiti sitten soittaa ja kokee, että ei ole tullut kuulluksi. Mut se on sit taas eri prosessi kahden ihmisen välillä kuin, et jos se tulis siinä verkostossa.. (7)

Työntekijät kokivat, että nuoren kanssa oli toisaalta mukava käydä yhdessä etukäteen läpi aiheita, joista nuori halusi keskustella. Työntekijä toimi tällöin nuoren tukena lääkärintapaamisessa. Vanhemmat saattoivat tapaamisissa olla varovaisia, peloissaan tai huolissaan leimatuksi tulemisesta. Työntekijä toimi usein myös vanhempien tukijana ja puolestapuhujana erilaisissa tapaamisissa. Tapaamisissa dialogisuus tai kuulluksi tuleminen katkesi usein siihen, että joku keskeytti ja tärkeä asia jäi puhumatta.

mut sit ykskaks joku kertoo omaansa, niin ne jää..et joskus tai melkein aina on joku tärkeä asia joka jää tai sit ne on niin kilttejä et ne on vaan hiljaa.. (4)

Haastateltavien mukaan vanhemmat saattoivat itse olla liian varovaisia nostamaan aiheita enää uudestaan esille. Myös nuoret koettiin usein hiljaisiksi ja heillä saattoi olla vaikeuksia sanoa omaa mielipidettään. Koettiin, että palaverissa pitäisi olla enemmän aikaa yhteiselle keskustelulle, sille, mitä nuori tai perhe kokee kaikesta ja mitä he ajattelevat. Pitäisi olla aikaa loppuyhteenvedolle ja yhteiselle keskustelulle. Pitäisi olla myös aikaa keskustella perheen kanssa käytännönläheisistä ymmärrettävistä neuvoista, jotka perhe ja nuori voisivat sisäistää ja ymmärtää, miten tutkimuksissa ja tapaamisissa kerätty tieto auttaisi perhettä jatkossa arjessa.

niin, et mitä ne tekisi sillä tiedolla, et se tosiaan eläis arjessa. Et jos me ihan hullunlailla tehdään kaikenlaisia juttuja ja sit ne loppuu, kun nuori lähtee kotiin.. (2)

et kylhän siitä pitäis semmonen keskustelu saada aikaiseksi, että miten nyt tästä eteenpäin, tulee tunne että sellanen just puuttuu.. (7)

Osastolla oleva perhetyö koettiin erilaiseksi kuin poliklinikan perhetyö; osastolla perhetyö koettiin pirstaleiseksi omahoitajuuden kannalta.

osastolla kun niissä perhetapaamisissa on niin monta hoitajaa, et välillä itsellä ei oo punaista lankaa ollenkaan kun joutuu hyppäämään eri prosesseihin, et siinä ei oo mitään jatkuvuutta.. (1)

Koettiin, että osastolla lääkäri tekee perhetyötä ja hoitajalla on enemmänkin avustajan rooli. Osastolla hoitajan jatkuvuutta prosessissa ei pidetty toiminnan tasolla tärkeänä eikä otettu huomioon. Koettiin, että tästä on jo puhuttu paljon ja koitettu saada muutosta aikaan, mutta toimintatapaan ei koettu tulleen mitään muutosta. Hoitajien kokemuksena oli myös, että perheet pystyivät usein paremmin avautumaan silloin, kun lääkäri ei ollut paikalla. Vuorovaihtus hoitohenkilökunnan, perheen ja nuoren välillä koettiin silloin enemmän tasavertaiseksi. Tämän koettiin johtuvan siitä, että perheet eivät uskaltaneet aina sanoa kaikkea, silloin kun lääkäri oli paikalla. Hoitajien kokemuksena oli, että lääkärintapaamisissa poliklinikalla oli usein tietty struktuuri, joka ohjasi lääkärin kysymyksenasetteluja.

et pitää käydä tää ja tää asia läpi, et siinä ei oo silloin tilaa siihen, mitä perheellä olisi mielessä (7)

Hierarkkisuus

Hierarkkisuus näkyi ja tuntui, eri tavalla osastolla ja poliklinikalla. Koettiin, että lääkärijohtoisuus määrittä työtä. Osastolla lääkärijohtoisuus oli enemmän läsnä tai toteutui selvemmin perhetyötä koskien kuin poliklinikalla. Koettiin, että luottamusta puuttui toisen työtä kohtaan. Työntekijöitä ei kohdeltu samanarvoisina työtehtävien erilaisuudesta johtuen tai huolimatta. Koettiin, että kaikkien mielipiteitä ei kuunneltu.

et siinä vois oikeesti miettiä, mikä on kenenkin tehtävä, et just luottamus ja että me ollaan samanarvoisia vaikka meillä on eri työtehtävät (7)

Koettiin, että lääkäri vastaa hoidon aloituksesta ja lopetuksesta niin osastolla kuin poliklinikallakin. Haastateltavilla oli toisaalta myös kokemus, että on saanut kuitenkin tuoda oman äänen esille, mutta se miten eri äänet kuultiin tai huomioitiin, oli toinen asia. Koettiin että lääkärintapaamisissa hoitajat saivat kysellä perheeltä vain perusasioita. Kokemuksena oli, että moniammatillisuus ei toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla hoitajien kuulluksi tulemisen kautta. Koettiin, että jokaisen mielipide ja arvio tulisi olla yhtä tärkeä ja huomioonotettava. Koettiin tärkeäksi, että jokainen työntekijä voisi tuoda oman lisänsä nuoren hoitoon. Hierarkkisuus näkyi myös muissa kuin suhteessa lääkäreihin, se näkyi myös hoitajien kesken.

joo mut miten se tehdään, et siinä joo pyydetään sun mielipide asioista ja arvio, mutta et miten se yhteinen keskustelu, et miten nuori sen kokee. Voi saada arvion paperille, mut miten se elää sitten arjessa.. (7)

Myös se, pitäisikö nuoren ylipääntänsä tavata lääkäriä, herätti haastateltavassa kysymyksiä siitä, voisiko tietyt asiat hoitaa hoitajavetoisesti.

se on hyvä pointti kysyä nuorelta, et miks mun edes pitää tulla lääkärille. (5)

Luottamus

Koettiin että on luottamuksesta kiinni, luottiko kontaktiin ja kyseiseen asiakasprosessiin niin, että tarpeelliset asiat tulisivat keskustelussa esille ja asiakas kuulluksi.

et antais tilaa sille, et nuorta ja perhettä kuultais loppuun, et monta kertaa näkee että moni on suu auki, et ne meinaa sanoa jotain mutta se jää kesken, kun joku keskeyttää tai tietää asian paremmin.. (4)

Luottamuksen puutetta oli myös toisia kohtaan, se näkyi kaikissa ammattiryhmissä ja elivät voimakkaasti työyhteisössä.

et välillä me kyl heitellään kylmää vettä toistemme niskaan, emme luota, arvosta ja vähättelemme.. (2)

Keskustelussa tämän koettiin osittain johtuvan kilpailutilanteesta, siitä kuka on parempi kuin toinen. Mietittiin myös tarvitaanko työntekijää tulevilla muutoksissa.

Hoidon taito

Koettiin, että ei ole oikeaa ja väärää tapaa hoitaa, enemmänkin pohdittiin, että miten kaikkien ammattitaito on siinä lisänä, jotta työntekijät pystyisivät katsomaan asiakkaan tilannetta monesta eri näkökulmasta. Hoidon taitoa oli myös hoitajien erilaisuus. Erilaisuus nähtiin positiivisena, ja koettiin, että tämän vuoksi oli paljon monipuolisia tapaamisia.

et voi hoitaa eri tavalla et ei kukaan ole sen parempi kuin muut (4)

Mielipide-eroja oli perhetyön toteuttamisesta ja toimintatavoista ajanvarauspoliklinikalla, jossa usein erillinen työntekijä tapasi yksin vanhempia, toisen työntekijän hoitaessa erikseen nuorta. Haastateltavat miettivät omakohtaisesti, että tuntuisi oudolta jutella erillisen työntekijän kanssa oman lapsen asioista, jos vanhempia tapaava työntekijä ei ole tavannut lasta kertaakaan. Koettiin, että informaatio tällöin katkeaa, muuttuu matkalla ja vaikeuttaa luottamuksen syntymistä, jos on monta erillistä työntekijää.

et jotenkin outo yhtälö, et kyl siin pitäis päästä molempien tapaan molempia, mut et tottakai pitää olla se yksilötapaaja, mutta se vois olla siinä perheta-
paamisessa, et jos omalta kannalta ajattelee niin jotain jää puuttumaan jos
näkee vaan sitä nuorta. Et ei niitä voi erottaa toisistaan.. (1)

jos mun lapsi olisi hoidossa ja mulla olis huoli, niin kyl mä haluaisin sun kanssa
jutella kun sä oot tavannut mun lasta.. (7)

et jos mä puhuisin sulle ja sä puhuisit si taas kolmannelle, niin katkeehan
se..(6)

niin, se muuttuu matkan varrella se juttu.. (2)

Koettiin, että työryhmä niin ajanvarauspoliklinikalla ja nuorisopsykiatrisella osastolla on ammattitaitoista ja pätevää. Varsinkin osastotyössä koettiin, että työntekeksen mielekkyyteen vaikutti se, jos otettiin huomioon työntekijän mukana olo nuoren hoitoprosessissa. Koettiin, että saman työntekijän merkitystä nuoren hoidon jatkuvuudelle osastotyössä ei otettu tarpeeksi huomioon.

Et se olis kyl paljon mielekkäämpää et tekis jonkun prosessin loppuun, kun et
hyppää sinne tänne.. (7)

Koettiin, että vanhemmissakin on eroja: toiset ovat halukkaita tapaamisiin ja toiset ovat vastahakoisia. Keskustelussa tuli esille, että kun perheessä saattoi olla jo entuudestaan paljon hoitokontakteja, miten työnjako tällaisessa tilanteessa toteutetaan ja päällekkäistä työtä voisi vähentää.

et miten paljon niitä hoitokontakteja yhdessä perheessä onkaan. Et miten saa mitään fiksua aikaiseksi, kun miettii et siinä on lastenkontaktit, lastensuojelu ja vanhempien päihdetyöntekijät tai muuta. Et täähän on pahimmillaan kauhee sotku. (7)

13 vuoden ikärajaa lasten- ja nuorisopsykiatrian välillä pidettiin hankaloittavana tekijänä asiakkaan kannalta. Rajapinnat aiheuttivat työntekijöiden vaihtumisia, kuten myös nuorisopsykiatrian ja aikuispsykiatrian ikärajan välillä. Vuonna 2014 pidetty dialogisuuskoulutus koettiin hyvänä asiana, jossa asiakkaan äänen esille tulemistä pidettiin tärkeänä. Koettiin, että dialogisuutta on joutunut opettelemaan myös käytännön työssä, kun millään tietyllä suunnitelmalla ei tulisi mennä tapaamiseen, vaan työntekijänä lähtisi siitä, mitä asiakkaalla on juuri tällä hetkellä mielessä. Dialoginen työtapo koettiin helpoksi ja mielenkiintoiseksi tavaksi tehdä työtä.

Avoimuus

Koettiin, että välillä tuntui pahalta ja eettisesti väärältä, kun epävirallisia kokouksia ja tapaamisia perheen asioissa pidettiin ennen perhe-, lääkärin- tai verkostotapaamisia ilman perhettä. Asiat saattoivat tällöin vääristyä, jos perhe ei itse ollut paikalla keskustelemassa - perhe jäi tästä keskustelusta ja prosessista silloin paitsi. Tämä vaikutti työntekijöiden toimintaan, kuinka perhettä seuraavan kerran tavattaessa kohdeltiin. Toimintatavan koettiin johtuvan siitä, että työntekijänä saattoi itse olla epävarma ja tarvitsi muiden tukea verkoston jälkeisessä keskustelussa tai asioiden puinnilla jälkikäteen. Koettiin, että enemmän tulisi opetella keskustelemaan avoimesti, perheen ollessa paikalla. Tämä koettiin haasteeksi, koska työryhmät ovat tottuneet työskentelemään helposti tutulla ja vanhalla tavalla. Haastateltavat kokivat asettuvansa tällöin perheen asemaan, ajatellen toimintatavan tuntuvan perheestä mahdollisesti pahalta, kun se työntekijästäkin tuntui pahalta.

et just et ei mitään kokouksia ennen tapaamista eikä tapaamisen jälkeen vaan et enemmän pyrkis siihen keskusteluun perheen asioista silloin kun perhe on paikalla..et kyl se tuntuu pahalta silloin jos perhe on lähtenyt ja henkilökunta jää neuvottelemaan.. (7)

Toivottiin, että työskentely yhteisissä perhetapaamisissa ja verkostoissa voisi olla avoimempaa ja läpinäkyvämpää, niin, että keskustelussa heränneistä tunteista voisi avoimesti puhua kaikkien paikallaolijoiden kanssa.

Muutostilanne

Tulevaisuuden näkymät vaikuttivat myös ajatuksiin, millaista perhetyötä voidaan jatkossa tarjota. Perhetyö koettiin tärkeäksi. Myös pitkiä psykoterapioita toivottiin jatkossa pystyttävän järjestämään, koska koettiin, että kaikkien kontaktien ei tarvitse olla lyhyitä. Työaikojen suhteen toivottiin joustoja ja koettiin, että työntekijät eivät aina saaneet esimiehen tukea työn yksilölliseen suunnitteluun. Muutostilanteen koettiin vaikuttavan myös luottamukseen siitä, tarvitaanko työntekijää enää jatkossa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
<ul style="list-style-type: none"> -tuleeko kaikkien ääni esille? -työntekijöiden ääni ei pääse esille -muistaa kysyä nuorelta mitä nuori toivoo -perheet itsekään eivät aina tiedä, mitä odottaa hoidolta -tapaamisiin mennään tietyllä ennakkosuunnitelmalla -verkostoissa perhe ei aina tule kuulluksi -tapaamisissa dialogisuus välillä katkesi -enemmän aikaa pitäisi jäädä yhteiselle keskustelulle, mitä nuori/perhe ajattelee -osastolla hoitajan jatkuvuuden huomioiminen 	kuulluksi tuleminen
<ul style="list-style-type: none"> -näkyi ja tuntui -kaikki työntekijät eivät samantarvoisia -kaikkien mielipiteitä ei kuunneltu -hierarkkisuus näkyi suhteessa lääkäreihin, mutta myös hoitajien kesken 	hierarkkisuus
<ul style="list-style-type: none"> -luottamuksesta kiinni, tuleeko asiakas kuulluksi -luottamuksen puutetta kaikissa ammattiryhmissä -luottamuksen puute eli työyhteisössä 	luottamus
<ul style="list-style-type: none"> -ei ole oikeaa ja väärää tapaa hoitaa -hoidon taitoa oli hoitajien erilaisuus -mielipide-eroja oli perhetyön toteuttamisesta ja toimintatavoista ajanvarauspoliklinikalla -jos on monta eri työntekijää, informaatio katkeaa helposti -työryhmä niin ajanvarauspoliklinikalla ja nuorisopsykiatrisella osastolla on ammattitaitoista ja pätevää -perheissä usein jo entuudestaan paljon erilaisia hoitokontakteja->työnjaon selkiyttäminen, päällekkäisen työn vähentäminen -ikärajat rajapinnoissa aiheuttavat työntekijöiden vaihtumisia -dialoginen työtapaa mielekäs tapa tehdä töitä 	hoidon taito
<ul style="list-style-type: none"> -epävirallisista kokouksista eroon -työskentely perhetapaamisissa ja verkostoissa 	avoimuus

avoimemmiksi	
-perhetyö tärkeää -millaista perhetyötä jatkossa?	muutostilanne

Taulukko 2: Asiakslähtöisyyden toteutuminen

Kolmas kysymys suuntautui tulevaisuuteen: minkälaiset tulevaisuudennäkymät asiakslähtöisellä työllä on?

Resurssit

haastateltavat miettivät tulevaisuutta resurssien käytön kannalta ja niiden ohjaamisesta oikea-aikaisesti sinne, missä niitä eniten tarvittaisiin. Asiakkaan tarpeista nähtynä kotiin menevään hoitoon koettiin tarvetta jatkossakin panostaa. Myös työn kausiluonteisuutta tulisi ottaa huomioon yhä enemmän. Haastateltavien kokemuksena oli, että lähetteiden määrä kasvoi koulun lukukausina ja jolloin työmäärän koettiin lisääntyvän. Kesäaikana resurssien käyttö koettiin vähäisempänä, jolloin esimerkiksi lyhemmän työpäivän tekeminen voisi olla mielekäs. Kokemusasiantuntijat nähtiin osana asiakslähtöisyyttä, mutta myös koettiin, että kokemusasiantuntijuuden näkökulma on vain yksi näkökulma, mikä herätti ajatuksen, että siinä piilee myös omat riskinsä, jos kokemusasiantuntijan tarinaan menee liikaa mukaan.

Lähetekäytäntö

Lähetekäytäntö tuntui hidastavan nuoren saamaa apua ongelmiinsa. Lähetepakko erikoissairaanhoidon haastateltavien kokemuksen mukaan lisäsi myös päällekkäistä työtä eri toimijoiden kesken. Koettiin, että tulevaisuus vaatisi sitä, että niin HUS kuin kunnat pystyisivät käymään tiukkaa keskustelua siitä, mitä kannattaisi tehdä. Myös lähetteen tarpeen poistaminen koettiin niin, että asiakasvirta kasvaisi erikoissairaanhoidon. Koettiin, että mikäli nuori pääsisi ilman lähetettä ja ilman useita välikäsiä erikoissairaanhoidon, säästäisi tämä kustannuksia. Koettiin, että joskus nuoren ongelmat olivat saattaneet kroonistua, ennen kuin nuori oli päässyt lähetteen kautta erikoissairaanhoidon. Tai nuori oli kuin pyöröovissa, joutuen hakeutumaan aina uudestaan uuden lähetteen kanssa hoidon piiriin.

et joku lähete on mennyt kolme viikkoo et missä me ollaan kolmen viikon päästä.. et pääsisi nopeesti siihen asiaan. Tällä vältettäisiin niitä päällekkäisyyksiä, et mitä on jo tehty että enemmän kartoitettaisiin sitä, ja kuunneltaisiin niitä, jotka on tuntenut tai hoitanut tätä aikaisemmin ettei tarteis tehdä samaa työtä aina uudelleen. Et välillä tuntuu et se menee niin.. (7)

Viestintä

Viestinnän toivottiin muuttuvan paremmaksi. Haastateltavien kokemuksen mukaan oli, että työntekijöitä voisi kuulla enemmän sekä myös palautteen saamista esimiehiltä kaivattiin.

et vois paremmin infota et miten, miksi ja milloin, et se lisäis ymmärrystä (7)

vois enemmän kuulla ja kysellä ja antaa suoraa infoa (4)

Koettiin että oma lähiesimies luottaa työntekijöihin, mutta esimiehen antama aika arjen työhön koettiin riittämättömäksi. Kokemus oli, että osastotyössä vastuu oli työryhmällä. Koettiin, että ryhmä johtaa itse itseään, oli ikään kuin itseohjautuva ja tämän vuoksi ryhmästä nousi haastateltavien mukaan esiin sivujohtajia. Koettiin, että dialogi puuttui päätöksenteosta. Kokemus haastateltavilla oli, että palautetta ei saanut. Koettiin, että palautetta ei saanut, mutta kritiikkiä tehdyistä toiminnoista ja päätöksistä kylläkin jälkikäteen. Henkilökunnan jaksamisen kannalta koettiin, että kukaan ei oikein puhunut heidän puolestaan. Koettiin, että esimiehen läsnäolo auttaisi, ja arjen hoitotyön havainnointi parantaisi tai madaltaisi hierarkista asetelmaa lääkärijohtoisella osastolla.

Muutostilanne

Koettiin, että nuorisopsykiatriassa oli totuttu hoitamaan nuoria hyvin ja pitkään ja nyt psykiatrian muutoksissa tämän koettiin olevan muuttumassa ja oli jo muuttunutkin. Tältä osalta myös työntekijöiden omaa jaksamista ja motivaatiota osallistua tulevaisuuden muutoksiin mietittiin.

kyllä mä luulen, että jokaisen kohdalle tulee eettinen mietintä, et ollaan totuttu hoitamaan pitkään ja tositosi hyvin..ja nyt se muuttuu.. et kuka jaksaa ja haluaa lähteä..et jaksako ja haluaako..et kyl toisaalta jokaisen täytyy saada palkkaa elämiseen. (4)

Koettiin, että hoitoajat ovat lyhentyneet aiemmista ja jotkut asiakkaat tuntuivat kroonistuvan hoitokoneistossa niin, että joutuivat aina uudestaan hakeutumaan erikoissairaanhoidon piiriin. Mietittiin, mikä kroonistaa- onko se vuosien hoito vai aina uudelleen palaaminen hoidon piiriin. Koettiin, että hoidosta poissaoloaikakin oli hoitoa.

Kuitenkin psykiatrian muutokset vaikuttivat tulevaisuuteen ja siihen tosiasiaan, onko töitä jatkossa vai ei. Koettiin, että nyt pitäisi jaksaa suunnitella tulevaa ja muuttaa rohkeasti vanhaa. Koettiin, että osastolla haaste on suurempi kuin poliklinikalla. Työntekijöiden tunne oli, että muutoksissa työntekijöiltä ei kuitenkaan kysytä mielipiteitä tai muutosehdotuksia, eikä heitä oteta mukaan uusien toimintojen suunnitteluun, vaikka työn tuntuma ja tieto käytännön työstä on työntekijöillä. Tulevaisuus tuntui vaativan hoitajilta muuttuvia työtapoja. Koettiin, että mittaaminen ja mittareiden täyttäminen tulee jatkossa lisääntymään. Koulutuksiin pääsyn koettiin olleen hyvää, mutta kokemus oli myös, että koulutuksiin pääsyssä kaikki eivät tulleet kuulluiksi ja valituiksi sinne minne oikeasti itse olisi tahtonut kouluttautua. Koettiin, että tuleva pakollinen koulutus avohoidossa työskenteleville sairaanhoitajille voisi tasapainottaa hierarkiaa, vaikuttaen ehkä palkkaukseenkin positiivisesti.

Koettiin, että työntekijän vastuulle jäi tiettyjä asioita, joiden koettiin kuuluvan työnantajan velvollisuuksiin järjestää. Jalkautuvaan työhön autoja toivottiin lisää. Jalkautuva työ ei onnistu, ellei työntekijällä ole käytössä omaa hyvää ja toimivaa autoa pitkien välimatkojen takia. Talon autoa ei aina ollut mahdollista käyttää, joten oman auton käyttö jalkautuvassa työssä oli pakollista.

Koettiin, että nykyisessä työssä oli kuitenkin suurin osa hyvää ja toimivaa ja perustyö koettiin hyväksi.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
-kotiin menevä hoito -työn kausiluonteisuus -kokemusasiantuntijat osana asiakaslähtöisyyttä	resurssit
-hidasti nuoren saamaa apua ongelmaansa -lisäsi päällekkäistä työtä eri toimijoiden kesken	lähetekäytäntö
-työntekijöiden kuuleminen -palautetta esimiehiltä -dialogin puute päätöksenteossa -esimiehen läsnäolo	viestintä
-työntekijöiden oma motivaatio ja jaksaminen suhteessa tulevaisuuden muutoksiin -onko töitä tulevaisuudessa? -työntekijöiden osallisuus muutoksiin -työntekijöiden vastuut	muutostilanne

Taulukko 3: Asiakaslähtöisen työn tulevaisuudennäkymät

4.6 Yhteenveto tuloksista

Laatukuilumallin (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 44) (kuvio 3) mukaisesti tarkasteltuna tämän hetkinen tilanne nuorisopsykiatrisessa avohoidossa herättää paljon kysymyksiä siitä, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota avohoidon rakennemuutoksissa asiakaslähtöisyyttä mielessä pitäen ja sitä kehitettäessä. Ensimmäisessä kuilussa juuri asiakkaan toiveet ja odotukset tulisi nostaa asiakastyön keskiöön, niin, että toiminnoista suunnittelevat ja päättävät henkilöt myös ymmärtävät toiminnan sisällöt. Asiakaslähtöisyys on ollut toiminnan ideana ja ajatuksena niin nuorisopsykiatrisella osastolla kuin avohoidossakin, mutta sitä on määritelty enemmänkin organisaation tarpeista käsin (Virtanen ym. 2011, 22–24; Haakana & Näppi 2013, 8). Asiakastyytyväisyyttä ei ole ennen mitattu eikä mittaamisesta saatua tietoa käytetty toimintojen parantamisessa. Nyt asiakastyytyväisyyskyselyä on lähdetty keräämään helmikuusta 2015 lähtien.

Suunnittelukuilun (kuilu 2) avulla tulee esille, että palvelun tarjoajalla on enemmänkin tietyt odotukset siitä, mitä asiakas toivoisi, mutta ei kuitenkaan tiedetä tarkalleen, miten asiakas haluaisi asiansa hoidettavan tai hoitonsa toteutuvan (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187). Fyysisten elementtien kohdalla on edelleen kehitettävää: työtilat, sivuvastaanottojen kunto ja toimivuus ovat työn toimivuuden kannalta oleellisia, samoin liikkuminen ja oman auton runsas käyttö sairaanhoitopiirin laajan pinta-alan ja pitkien välimatkojen takia.

Kolmannen kuilun, tuotannon kuilun, kautta tarkasteltuna roolit saattavat olla epäselviä avohoidossa niin jalkautuvan työparin tehtävien kuin avohoidon työntekijöiden tehtävien suhteesta muiden työntekijöiden tehtäviin. Tämä tuo myös lisätyötä jatkuvien vaihto/siirtopalavereiden osalta (näkyvät myös asiakkaan prosessikuvauksessa kuviossa 7). Tämä asettaa asiakkaan tilanteisiin, joissa työntekijöiden vaihtuminen tuo haasteita ja laatuongelmia asiakkaalle (ETENE 41, 2013, 37–40). Jalkautuva työ asettuu ajanvarauspoliklinikan ja osastohoidon välimuodoksi, tarkoituksena joko estää nuoren osastohoitoon joutuminen, olla nuoren jatkohoitona osastolta kotiutuessa tai olla avohoidon tukena tukemassa nuorta joutumasta osastohoitoon, ja tästä aiheutuu luonnollisesti useita työntekijävaihdoksia. Tällä hetkellä jalkautuvaa työparitoimintaa hoitaa vaihdellen kaksi työparia, toisen työparin ollessa osastotyössä toisen parin ollessa työssä avohoidossa. Joskus työntekijävaihdokset ovat perusteltuja, mutta usein kuitenkin hätäisesti ja miettimättä tehtyjä.

Tiedotus ja tiimityö eivät toimi parhaalla mahdollisella tavalla, työn suunnittelu ei lähde työntekijöistä käsin, vaan usein toimintoja koskevat suunnitelmat tapahtuvat ylempänä. Johdon ja henkilöstön viestinnässä on ollut puutteita, tämä tulee esille myös fokusryhmähaastattelun kautta. Työn vaativuus avohoidossa suhteessa palkkaukseen on herättänyt pitkään toiveita työn vaativuuden arvioinnista ja mahdollisista muutoksista palkkaukseen. Kysyntä ja tarjonta ovat epäsuhdassa johtuen läheteiden kasaantumisesta lähinnä koulujen lukukausien rytmin mukaan, kysyntäpiikit ja niiden tuoma työmäärä työntekijöille aiheuttaa ja vie hetkellisesti paljon voimavaroja. Työntekijöiden ottaminen mukaan suunnittelutyöhön toisi arvokasta ymmärrystä, näkemystä ja tietoa asiakkaiden toiveista ja kohdatuksi tulemisen tarpeista, mutta myös työntekijän näkökulman huomioimisesta ja kuulluksi tulemisen tarpeesta (Haarakangas 2008, 127). Tällä hetkellä työntekijöitä ei kuulla uusia toimintoja kehitettäessä.

Neljännän eli viestinnän kuilun mukaan tarkasteltuna palvelun lupaukset suhteessa laatuun eivät kohtaa. Lähetekäytännön jäykkyys aiheuttaa runsaasti ylimääräistä työtä, joka olisi vältettävissä lähetekäytännön keventyessä tai poistuessa kokonaan. Näin on osaltaan aikuispsykiatriassa, jossa jalkautuva työ voi järjestää tapaamisia asiakkaan kanssa maksimissaan n. 3 kerran interventiona ennen lähetteen tarvetta erikoissairaanhoidon. Lähetteen pakollisuus

ensikäynnillä tai fyysisestä konsultaatiosta alkaen, aiheuttaa tällä hetkellä konflikteja tavoitteiden, tulosten, kustannusten ja palkkauksen kanssa, koska päällekkäistä työtä syntyy erikoissairaanhoidon sisällä, mutta suurimmalta osin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Liiallisten lupausten antaminen yhteistyökumppaneille aiheuttaa väistämättä pettyneitä kokemuksia palvelussa, ja tällöin palvelun laatu kärsii. Mainittakoon tästä esimerkkinä erikoissairaanhoidon hoitoketjussa nuorisopsykiatrisen hoidon markkinointi matalan kynnyksen palveluna, jossa markkinalupaus ei kuitenkaan toteudu, koska ilman erikoissairaanhoidon lähetettä ei voida tavata esimerkiksi koulussa olevaa oppilasta, josta opettajalle tai perheelle on noussut huoli. (Nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju). Ainoastaan puhelimitse pystytään konsultoimaan yhteistyötahoja ongelmatilanteissa. Myös kuntien ja kaupunkien eriasteinen tarjonta perusterveydenhuollossa matalankynnyksen palveluihin sitoo erikoissairaanhoidon tarjoamia palveluja.

Asiakkaan kuilua, joka on viides kuilu, päästään tarkastelemaan näiden kaikkien edellisten kuilujen tuloksena. Avain laadukkaaseen palveluun olisi se, että vastattaisiin asiakkaan odotuksiin. Asiakkaan odotukset saadaan selville kyselyiden ja muiden markkinatutkimusten kautta. Tällä hetkellä ei ihan tiedetä, mitä asiakas odottaa. Tämä selviää myös myöhemmin Service blueprintingin ja henkilöstön fokusryhmähaastattelun tulosten kautta. Laatukuilumalleja on työstetty ja hahmotettu työryhmässä, yhdessä avohoidossa jalkautuvaa työtä tekevien sairaanhoitajien kanssa.

Prosessikaaviossa, Service blueprinting (Bittner ym. 2007; Ojasalo ym. 2014, 178) (Kuvio 7), kuvataan asiakkaan toimintaprosessi nuorisopsykiatrisessa avohoidossa. Kuvio 7 on tehty niin avohoidon ajanvarauspoliklinikan prosessikuvauksen mukaan kuin jalkautuvan työn prosessikuvauksen mukaan, jotka löytyvät terveysportista Nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketjusta. Prosessikaaviota on tarkasteltu ja työstetty myös reflektoiden ja yhdessä työparitoiminnassa jalkautuvassa työssä. Kuviossa 7 näkyy kaksi erilaista avohoidon prosessia, jalkautuvan työparitoiminnan prosessi ja ajanvarauspoliklinikan prosessi, tulevaisuudessa tähän mukaan tulisi vielä liittää päiväpotilastoiminnan prosessi. Asiakslähtöisyyden tarkastelun kannalta katsottuna keskeisimmäksi elementiksi nousevat kohdat (merkitty värillisenä), joissa asiakas joutuu vaihtamaan erikoissairaanhoidossa työntekijää, avohoidon kahden erilaisen prosessin tuloksena. Tämä tulee esille myös kolmannessa laatukuilussa, jossa roolit voivat olla epäselvät tai valtaa on liian vähän, jotta luvatussa palvelusta voisi pitää kiinni. Tässä kohden, jossa asiakas joutuu vaihtamaan työntekijää, tarvitaan siirtopalavereita. Asiakas on siirretty työntekijältä toiselle yhteisen siirtopalaverin kautta, jolloin entinen ja uusi työntekijä kohtaavat asiakkaan yhteisessä keskustelussa. Tämän on todettu olevan asiakaslähtöinen toimintatapa asiakkaan siirtyessä työntekijältä toiselle. Kuitenkin siirtopalaverit vievät paljon aikaa ja resursseja. Asiakkaan näkökulmasta tarkasteltuna rajapinnat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä kasvattavat entisestään työntekijöiden määrää asiakkaan siirtyessä

työntekijältä toiselle ongelmassaan (ETENE 41, 2013, 37–40). Vaikka jalkautuva työmuoto on kehitetty ajanvarauspoliklinikan ja osastohoidon välimuodoksi tukien kummankin prosesseja, lyhentäen nuoren osastohoidon pituutta tai ollen avohoidossa olevan nuoren ensimmäinen (mahdollisesti ainoa) kontakti tai toimien avohoidon työntekijän lisäresurssina, niin jatkossa, osastohoidon loputtua ja toimintojen siirryttyä kokonaan avohoitoon prosesseja on mahdollisuus miettiä uudestaan asiakaslähtöisempään suuntaan. Tavoitteena voisi pitää asiakkaan joutumista mahdollisimman vähäisiin vaihtoihin työntekijältä toiselle (Virtanen ym. 2011, 51).

Avoimen dialogin periaatteiden mukaisesti tulisi pyrkiä siihen, että ulkoiset toiminnan muutokset olisivat mahdollisimman vähäisiä (Seikkula & Arnkil 2009, 84). Tuleva sote-ratkaisu (Sote-uudistus) ja sote-uudistuksen jälkeen tehtävä rahoitusuudistus, joka tarkoittaa nykyisestä monikanavaisesta rahoituksesta siirtymistä yksikanavaiseseen rahoitukseen (Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistus), myös kunnallinen päätöksenteko ja sairaanhoitopiirien yhteiset linjaukset vaikuttavat tuleviin prosessien suunnitteluun asiakaslähtöisistä lähtökohdista. Lähetekäytäntö on tällä hetkellä pakollinen rahoituksen monikanavaisuudesta johtuen sekä on tällä hetkellä sairaanhoitopiiri HUS:ssa olevan yhteisen linjauksen mukainen. Kuitenkin Service blueprintingin mukaan prosessien kulku olisi jouhevampaa, mikäli lähete-pakkoa erikoissairaanhoitoon ei olisi (Kuvio 7, punaisella merkitty kohta).

Asiakkaan hoito hoitopolulla voisi tällöin olla myös yhtä aikaa kustannustehokasta ja asiakaslähtöistä, kuten esimerkiksi Eksotessa (Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä), jossa rakenteita on uudistettu ja toiminnan kehittämisessä on käytetty tietojohdantamista ja LEAN-management-ajattelua, jota myös HUS:ssa käytetään (Mäkijärvi 2010). Eksoten alue on toiminut kustannustehokkaasti ja palvelujen saatavuus on helpottunut erilaisilla matalankynnyksen palveluilla, joissa asiakas pääsee erikoisalaa vaativaan hoitoon ilman lähetettä (Eksote strategia 2014–2018). Prosessikaaviossa (Kuvio 7) näkyy kohdat, joissa asiakas joutuu kertomaan huolestaan pahimmassa tapauksessa usealle eri työntekijälle, ensiksi perusterveydenhuollossa, sitten erikoissairaanhoidossa. Service blueprintingin kautta työntekijöiden vaihtuminen tulee näkyväksi asiakkaan näkökulmasta katsottuna ja antaa mahdollisuuden tarkastella prosesseja uudestaan avohoidossa, ja sitä, kuinka asiakasta voisi auttaa saamaan saumattomampia palveluja kustannustehokkaammalla tavalla.

Asiakastyytyväisyyskysely (Kuviot 8,9 ja 10,11) paljastaa muutamia asioita. HUS-asiakastyytyväisyyskyselyä ei ole aikaisemmin käytetty tätä tutkimusta koskevassa sairaanhoitopiirissä tiedon keruun menetelmänä tai hoidon vaikuttavuuden arviointina. Tietoisuutta asiakastyytyväisyyskyselyn tarpeesta ja tavoitteista tuotiin esille osastotunneilla, tiimeissä ja sähköpostitse, ja tavoitteena oli aktivoida asiakastyytyväisyyskyselyn käyttö osaksi työn arkea, mittaamaan hoidon laatua ja vaikuttavuutta, jatkossakin (Kiviniemi ym. 2014, 53–55).

Asia tuotiin esille kevään 2015 kuluessa osastotunneilla nuorisopsykiatrisella osastolla, avohoidon tiimeissä ja lopulta sähköpostitse, jotta informaatio ja konkreettinen asiakastyytyväisyyskysely löydetäisiin internetistä sähköisesti. Asiakastyytyväisyyskyselyillä saatiin arvokasta tietoa palvelun käyttäjän näkökulmasta. (HUS/Ohje henkilökunnalle 09/2012.) Kehittämistyön edetessä kävi ilmi, että jatkossa vastuu asiakastyytyväisyyskyselyn keruusta, muistamisesta ja sen olemassaolon huomioimisesta tulisi jakautua ehkä useammalle henkilölle, esimerkiksi osastonhoitajalle ja/tai apulaisosastonhoitajalle tai mahdollisimman monelle, sillä arjen kiireissä asiakastyytyväisyyden kerääminen helposti unohtuu. (Haakana & Näppi 2013, 46.)

Asiakastyytyväisyyskyselyistä (Kuviot 8,9 ja 10,11) käy ilmi, että asiakkaat olivat varsin tyytyväisiä saamaansa hoitoon, keskiarvon jokaisessa kysymyksessä ollen osastolla 3,5-5 välillä ja poliklinikalla keskiarvon ollessa 4-5 välillä. Osaston olosuhteet tarjoavat nuorelle myös tarvittaessa hoitoa tahdosta riippumatta (Mielenterveyslaki, 14.12.1990/1116) ja tämä voi osaltaan olla vaikuttamassa Nuorisopsykiatrisen osaston asiakastyytyväisyyskyselyn (Kuviot 10 ja 11) tuloksiin varsinkin maaliskuun 2015 osalta, jossa ilmenee voimakasta tyytymättömyyttä saatuaan hoitoon. Myös kielikysymys on vahvasti hoidossa läsnä tämän tutkimuksen sairaanhoitopiirissä. Kaksikielisyys, jossa ruotsinkielisten osuus kunnan tai kaupungin asukkaista kuntakohdaisesti hieman vaihtelee, asettaa myös henkilökunnalle vaatimuksia tarjota palvelua molemmilla kotimaisilla kielillä, nuoren ja perheen oman äidinkielen mukaisesti. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785.)

Asiakastyytyväisyyspalautteiden tuloksia kerättiin tätä työtä ajatellen aluksi neljän kuukauden ajan. Kuitenkin tuloksia on tarkasteltu avohoidon osalta helmi-huhtikuun ajalta, koska toukokuun tuloksia ei löytynyt mistään. Osastohoidon osalta tuloksia on tarkasteltu helmikesäkuun ajalta. Osastotyössä koettiin helpommaksi antaa asiakastyytyväisyyskyselystä tietoa ja mahdollisuudesta antaa palautetta ns. aloituspaketin yhteydessä, mikä olikin jo suunniteltu osastolla valmiiksi käytännöksi. Toimintatapa alkoi elää käytäntönä jo osastotyössä kevään 2015 loppupuolella. Poliklinikatyössä asiakastyytyväisyyskysely koettiin pääasiassa helpommaksi antaa asiakkaalle hoidon lopussa kuin hoidon alussa. Informaation antaminen kyselystä asiakkaalle oli hoitajan omalla vastuulla ja sen antaminen koettiin hieman ristiriitaiseksi vaikka asiakastyytyväisyyden saaminen ja mittaaminen koettiin tärkeäksi. Hoidon aikana oli paljon muutakin muistettavaa ja hoitajat totesivat, että informaation antaminen asiakastyytyväisyyskyselyn olemassaolosta ja sen löytämisestä HUS:n omilta sivuilta koettiin jonkin verran työlääksi, ja tämä saattoi helposti alun innostuksen jälkeen unohtua käytännön arjessa.

Fokusryhmähaastattelun tarkoituksena oli saada hoitotyöntekijöiden ääni kuuluviin, heidän tarpeensa, kokemuksensa ja toiveensa muutostarpeesta suhteessa asiakastyytyväisyyteen ja asiakaslähtöiseen toimintatapaan. Haastattelun kysymykset perustuivat tammikuun 2015 kehittämispäivän teemojen kautta tiivistettyyn asiakaslähtöisyyden tarkasteluun eräissä erikois-

sairaanhoidon nuorisopsykiatrisessa yksikössä. Haastattelun kautta saatu tieto ja tulokset peilaavat tammikuun 2015 kehityspäivän teemoja, joita koettiin tärkeäksi kehittää. Vaikka koettiin, että työ on kokonaisuudessaan hyvää ja toimivaa, ja perustyö oli hyvää, niin haastattelun kysymykset ja fokusryhmän keskustelu kohdentui kuitenkin kohtiin, joissa asiakaslähtöisyys ei haastateltavien mielestä toteutunut tai missä kohden on parannettavaa. Koettiin, että ensikontaktilla nuoreen ja/tai perheeseen oli paljon merkitystä, uudet työntekijät muodostivat aina uuden alun hoitosuhteelle. Tätä on hyvä tarkastella myös Service blueprintingin (Kuvio 7) kautta, jossa on nähtävissä asiakkaan toiminnot ja siihen liittyvät fyysiset elementit sekä vuorovaikutuksen rajapinnan henkilöstön toimien kanssa sekä tätä kautta asiakkaan prosessi ongelmansa kanssa jo ennen, kuin asiakas saapuu erikoissairaanhoidon läheteellä. Meneillään oleva psykiatrian muutos (HUS-psykiatrian toimintasuunnitelma 2013; HUS-alueen psykiatrian kokonaissuunnitelma 2015–2019) vaikutti taustalla voimakkaasti työntekijöiden oman motivaation ja jaksamisen kautta. Hoitosuhde koettiin kuitenkin työssä arvona tärkeimmäksi, ja hoitajien oma eettinen pohdinta ja arvomaailma ohjasivatkin hoitajien toimia asiakkaan kanssa (Järnström 2011, 45–46).

Asiakkaan kuulluksi tulemisen puute niin läheteessä kuin hoitokokouksissa nousi voimakkaasti esille. Nuoren oma ääni tai näkemys ei aina tullut läheteessä esille. Myöskin lähetekäytäntö erikoissairaanhoidon koettiin monessa suhteessa hoitoa hankaloittavana tekijänä, myös laatuilumallin ja Service blueprintingin kautta tässä samassa kohtaa on havaittavissa ongelma. Lähetepakko erikoissairaanhoidon hidasti nuoren hoidon prosessia hoitoketjussa ja aiheutti päällekkäistä työtä eri toimijoiden kesken. Se ohjasi nuoren kertomaan ongelmastaan usealle eri henkilölle, ensin perusterveydenhuollossa, sitten erikoissairaanhoidon sisällä. Koettiin, että asiakaslähtöisyyttä tulisi mieltiä tarkemmin: kuka tekee mitäkin, kuinka pitkään ja kuinka päätökset syntyvät.

Hoitajien kokemuksena oli, että heidän ääni ei tullut kuulluksi esimerkiksi yhteisissä tiimipalaverissa. Tämän koettiin siirtyvän suoranaisesti myös perheiden kokemuksiin kuulluksi tulemisesta. Koettiin että nuori/ -perheet eivät aina tulleet kuulluiksi hoitokokouksissa dialogisuuden puutteen vuoksi. Ei kysytty tarpeeksi nuoren omaa näkemystä hänen tilanteestaan tai ongelmastaan, vaan hoitokokousten veto oli enemmänkin asiantuntijalähtöistä ja hierarkkista. Hierarkkisuus tuntui ja näkyi työssä, myös muissa kuin suhteissa lääkäreihin, se näkyi myös hoitajien kesken. Dialogisuuteen ei hoitokokouksissa uskallettu luottaa, eikä siihen, että asiasta kuuntelemalla, ilman omaa ennakkosuunnitelmaa, keskeiset ja tärkeät asiat tulisivat kuitenkin esille. Auttavan vuorovaikutuksen kannalta rakentava tietämättömyys, joka on kohtaamisen perusedellytys, ei toteutunut. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 168.)

Rajapinnat ikärajoissa, sekä lastenpsykiatriasta nuorisopsykiatriaan, jonka ikäraja on 13 vuotta, että rajapinta nuorisopsykiatriasta aikuispsykiatriaan, jonka ikäraja on 18 vuotta, oli jäh-

meä ja hankaloitti asiakkaan ikätasoista kohtaamista. Avoimuus ei toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla, luottamuksen puutetta oli toisia kohtaan kaikissa ammattiryhmissä ja tämä toimintatapa tuntui elävän voimakkaasti työyhteisön toimintakulttuurissa. Työntekijöiden kokemuksena oli, että ei ollut osallinen työtä koskevaan muutokseen tai suunnitteluun, vaikka työn tuntemus ja tieto oli työntekijöillä. Haastateltavat olivat yhteistä mieltä siitä, että työryhmän kaikkien työntekijöiden ammattitaito oli korkealuokkaista ja asiantuntevaa. Viestinnän toivottiin parantuvan, toivottiin työntekijöiden kuuntelua enemmän ja palautteen saamista työnantajalta ja esimiehen läsnäoloa enemmän.

Hoitajat kokivat myös, että heidän tehtävänään on toteuttaa ja ylläpitää HUS-arvoja käytännössä. Se miten nuoria nykyään kohdellaan, on hoitajien mielestä muuttunut parempaan suuntaan. Muuttuneet lait (Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116) olivat osaltaan vaikuttaneet siihen, että muutosta aikaisempaan on tullut. Kokemuksena oli, että ennen osaston säännöt olivat enemmän vallankäyttöä nuoria kohtaan, ja työntekijät itse halusivat ylläpitää näitä sääntöjä. Hoitokulttuuri on kuitenkin syvässä kaikissa ja koettiin, että muutos tulee hitaasti. Koettiin, että uusien ihmisten tullessa hoitokulttuurin sisälle, kulttuuri jatkuu uusissa työntekijöissä helposti.

Haastateltavilla oli sisäistettynä dialoginen työote, jossa oli ollut apuna mm. aiemmin järjestetty Dialogisuus-koulutus. Nuorisopsykiatrisen osaston ja poliklinikan perhetyö koettiin erilaiseksi ja kokemuksena oli se, että näistä asioista oli koitettu keskustella ja hakea toimintatapojen muutosta, mutta muutoksia tässä suhteessa ei koettu löytyneen. Nuorisopsykiatrisella poliklinikalla hierarkkisuus ja lääkärijohtoisuus vaikeuttivat aitoa moniammatillista työotetta, jossa jokaisen ääni olisi tullut tasavertaisena esille. Tähän tuntui vaikuttavan luottamuksen puute toisia kohtaan, ja kokemuksena oli, että työntekijöitä ei kohdeltu samanarvoisina keskenään. Hoitokokouksissa ei aina tuntunut löytyvän ymmärrystä asiakasta kohtaan, ja haastateltavien kokemus oli, että asiakas ei tullut tällöin kuulluksi. Osastolla omahoitajien jatkuvuutta nuoren hoidossa ei otettu tarpeeksi huomioon, vaan hoitajien kokemuksena omahoitajuus oli pahimmillaan repaleista. Luottamusta, avoimuutta ja dialogisuutta hoitopalaveri- ja vuorovaikutukseen työryhmän sisälle kaivattiin. Dialogisuuden lisääminen silloin, kun perhe on kuulemassa omista asioistaan, vähentäisi väärinymmärryksen mahdollisuutta, päällekkäistä työtä ja auttaisi avoimen, luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä. Kokemusasiantuntijoilla on tulevaisuudessa kasvava ja tärkeä rooli. (Kaseva 2011, 44–45.)

5 Kehittämisehdotukset

5.1 Laatukuilumallin ja asiakastyytyväisyyskyselyn tulosten kautta esille tulleet kehittämisehdotukset

Laatukuilumallinnuksessa löydetyt puutteet, kuten työntekijöiden ottaminen mukaan suunnittelutyöhön, toisi arvokasta ymmärrystä, näkemystä ja tietoa asiakkaiden toiveista ja kohdaksi tulemisen tarpeista. Fyysisten elementtien kohdalla on kehitettävää: työtilat, sivuvastaanottojen kunto ja toimivuus ovat työn toimivuuden kannalta oleellisia, samoin liikkuminen ja oman auton runsas käyttö sairaanhoitopiiriin laajan sijainnin ja pitkien välimatkojen takia. Kysyntä ja tarjonta ovat epäsuhdassa johtuen läheteiden kasaantumisesta lähinnä koulujen lukukausien rytmin mukaan, kysyntäpiikit ja niiden tuoma työmäärä työntekijöille aiheuttaa ja vie hetkellisesti paljon voimavaroja. Lähetekäytännön jäykkyys aiheuttaa runsaasti työtä, lähetekäytäntö aiheuttaa konflikteja tavoitteiden, tulosten, kustannusten ja palkkauksen kanssa, koska päällekkäistä työtä syntyy erikoissairaanhoidon sisällä, mutta suurimmalta osin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Liiallisten lupauksen antaminen yhteistyökumppaneille aiheuttaa väistämättä pettäneitä kokemuksia palvelussa. Roolien ja työnkuvien selkiyttämisen kannalta jokaisen ammattiryhmän työtehtävät esimerkiksi perhetyössä tukisivat resurssien tehokasta käyttöä, jolloin saataisiin osaavan hoitohenkilökunnan koulutuksen kautta saadut taidot käyttöön ja lääkäreiden resurssit riittäisivät paremmin lääkärin työhön.

Laatukuilumallinnuksessa ensimmäisessä kuilussa on keskiössä asiakastyytyväisyyden mittaaminen. Nuorisopsykiatriassa tämä toimintatapa on aloitettu helmikuussa 2015 käyttäen HUS-asiakastyytyväisyyskyselyä. Vaikka kaikille yhteinen HUS-asiakastyytyväisyyskysely on hyvä ja kattava, kuitenkin jatkossa voi miettiä, löytyisikö nuorisopsykiatriaan tarkemmin asiakkaan tyytyväisyyttä, tarpeita ja asiakaslähtöisyyttä kartoittava kysely. Myös asiakkaan haastattelu suhteessa palveluprosessiin antaisi kehittäjille arvokasta tietoa kohdennetummin siitä, miten palveluita voisi kehittää asiakaslähtöisemmiksi, miten asiakkaat kokevat niin laatukuilumallin, Service blueprintingin kuin haastattelunkin kautta esille tulleen työntekijöiden vaihtumisen ja mitä asiakkaat toivovat hoidolta. Nuorisopsykiatriassa on käytössä hoitotahto, joka perustuu potilaslakiin (17.8.1992/785). Lomakkeeseen kirjataan toiveet koskien tulevaa psykiatrista hoitoa ja psykiatrinen hoitotahto huomioidaan silloin, kun nuori on itse kyvytön tekemään psykiatriseen hoitoon liittyviä päätöksiä (Psykiatrinen hoitotahtoni). Psykiatrista hoitotahtoa tosin käytetään enemmän osastohoidossa. Laatukuilut tulisikin käydä yhdessä työntekijöiden ja työryhmien kanssa lävitse. Tästä voisi syntyä dialoginen ja yhteinen ymmärrys nykytilasta ja kehittämisen tarpeista.

Asiakastyytyväisyyskysely kuvaa keskiarvojen kautta asiakkaan tyytyväisyyttä saatuun hoitoon. Tyytyväisyys hoitoon oli varsin korkeaa, kuitenkin tyytymättömyyttä tai parantamisen mahdollisuksiakin löytyi lähinnä nuorisopsykiatrista osastohoitoa ajatellen. Toisaalta on vaikea tietää tarkalleen, mikä on aiheuttanut tyytymättömyyttä saadusta hoidosta, koska palautejärjestelmä kerää vain keskiarvot, eikä avoimiin vastauksiin ole jätetty lisäinformaatiota. Jos palautteita saadaan yhdeltä kuukaudelta useita, niin yksittäisen asiakkaan mielipidettä ei

pysty saavuttamaan keskiarvojen esittämisen takia. Asiakkaan on ehkä vaikea HUS-asiakastyytyväisyyskyselyn kautta lähteä keksimään parannusehdotuksia, vaan kysymyksen asettelun ja palautteen annon voisi suhteuttaa enemmän nuorisopsykiatriseen maailmaan. Jatkossa olisi aiheellista luoda tarkempi alueellisia haasteita kohtaava kysely, joka saavuttaisi paremmin nuorisopsykiatrisia erityispiirteitä yksityiskohtaisemmin, lisäten asiakkaan osallisuutta hoitoonsa. Laatukuilumallissa, Service blueprintingin ja fokusryhmähaastattelun kautta löytyvät kehittämis ehdotukset ja kysymyksen asettelut yksityiskohtaisempaa asiakastyytyväisyyskyselyä varten. Myös asiakas tulisi ottaa mukaan suunnittelutyöhön ja prosessien kuvaamiseen mukaan, jotta aitoa asiakasymmärrystä saataisiin selvitettyä. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Bittner ym. 2007). Jatkossa onkin haasteena, kuinka asiakastyytyväisyyskyselyn aktiivinen käyttö ja siitä asiakkaille tiedottaminen jäisi elämään osana työn arkea.

Alla olevassa taulukossa 4 on kuvattu laatukuilumallinnuksesta ja asiakastyytyväisyyskyselystä esiin nousseet parantamisehdotukset. Nuorisopsykiatrisella osastolla käynnistyi keväällä 2015 asiakastyytyväisyyspalautteen keräämiseksi uusi toimintatapa, jossa nuori aloittaessaan hoitoaan osastolla, nuorelle/perheelle annettiin ns. informatiivisen ”aloituspaketin” yhteydessä tietoa ja osoitteet, jossa nuori ja/tai perhe voi käydä täyttämässä asiakastyytyväisyyskaavakkeen. Nuorisopsykiatrisella osastolla on myös hyvä mahdollisuus antaa palautetta sähköisesti, osastolla on nuorison käytössä kannettava tietokone ja omiakin laitteita nuoret saavat käyttää ja tuoda osastolle.

laatukuilumalli	asiakastyytyväisyyskysely
työntekijöiden osallisuus	uusi asiakastyytyväisyyskysely mittaamaan sitä, mitä halutaan kehittää
asiakastyytyväisyyskysely/kartoitus	toimintatapa elämään osaksi arkea
asiakas keskiöön	
fyysiset elementit	
lähetekäytäntö	
palvelulupaukset	

Taulukko 4: Laatukuilumallin ja asiakastyytyväisyyskyselyn kehittämis ehdotukset

5.2 Fokusryhmähaastattelun ja Service blueprintingin kautta esille tulleet kehittämis ehdotukset

Fokusryhmähaastattelun kannalta katsottuna lähetekäytäntö hidasti nuoren hoidon prosessia hoitoketjussa ja aiheutti päällekkäistä työtä eri toimijoiden kesken ja ohjasi nuoren kertomaan ongelmastaan usealle eri henkilölle. Tämä on nähtävissä myös Service blueprintingin (Kuvio 7) kautta tarkasteltuna, ja sama asia tulee esille myös laatukuiluissa. Asiakaslähtöisyyttä tulisikin miettiä tarkemmin: kuka tekee mitäkin ja kuinka pitkään sekä kuinka päätökset syntyvät. Niin asiakkaiden kuin työntekijöiden kuulluksi tuleminen tulisi ottaa vakavasti.

Kuulluksi tulemista moniammatillisessa yhteistyössä tulisi parantaa ja hoitojaksojen rajausta ja prosessien suunnittelua kehittää (taulukko 1).

Dialogisuutta ja tasavertaisuutta niin työryhmässä kuin hoitokokouksissa tulisi parantaa ja jatkuvasti kehittää. Avoimuuden ja läpinäkyvyyden kasvattaminen edistäisivät asiakaslähtöisyyttä (Ahonen 2011, 65–73). Luottamusta eri ammattiryhmien työtä kohtaan, aitoa moniammatillisuutta ja resurssien oikea-aikaista käyttöä tulisi parantaa (Kiviniemi ym. 2014, 142–143; Haarakangas & Seikkula 1999, 193–194). Asiakkaan ja työntekijän kuulluksi tulemisen puute näyttää johtuvan myös luottamuksen puutteesta toisten työtä kohtaan, sillä toiminnan dialogisena lähtökohtana on se, mitä tapaamisissa tai hoitokokouksissa eri osapuolet sanovat yhteiseen dialogiin luottaen (Haarakangas 24–25, 127; Haarakangas & Seikkula, 191). Edellä mainittujen asioiden parantaminen olisi tukena hierarkioiden madaltumiselle ja vähenemiselle, asiakkaita on totuttu tulkitsemaan aiemmin enemmänkin professionaalisen viitekehyksen kautta (Virtanen 2011, 7–8). Hierarkkisuuden läpi on havaittavissa prosessien suunnittelun puutetta (taulukko 2). Haarakangas (2008, 122–123) onkin tuonut esille, että perinteisesti mielenterveyspuolella on työskennelty hierarkkisen yhteistyömallin mukaisesti. Kaiken tämän tuloksena, prosessien miettiminen uudelleen esimerkiksi perhetyön tekemisen kannalta toisi työntekijöille työhön lisää mielekkyyttä ja työntekijöiden vahva ja pitkä ammattitaito saataisiin käyttöön (Kiviniemi ym. 2014, 35, 71–73). Tämä johtaisi työn parempaan jakamiseen, ja resursseja saataisiin keskitettyä paremmin. Tämä vähentäisi myös päällekkäistä työtä. Joustavampi ote ikärajoihin ja lähetekäytäntöön toisi myös prosessien suunnittelussa päällekkäisen työn vähentämisen mahdollisuuksia, jolloin työ voisi olla enemmän oikea-aikaista vastaten kysyntäpiikkeihin virtaustehokkaammin.

Jatkossa Service blueprinting voi olla työväline uusien prosessien ja toimintamallien hahmottamisessa ja kehittämisessä avohoitoon suuntautuvissa muutoksissa ja päiväpotilastoiminnan suunnittelussa avohoidon muiden toimintojen rinnalle. Tässä voi olla myös apuna JHS 152 suositus, jonka tarkoituksena on yhdenmukaistaa ja selkeyttää julkisen hallinnon prosessien kuvaamista. Hoitajien kokemuksena fokusryhmähaastattelussa oli kuitenkin se, että suurin osa työssä oli hyvää ja toimivaa ja perustyö koettiin hyväksi. Työn suunnittelu, työn rakenteet lähetekäytäntöineen, viestintä ja osallisuuden kokemukset niin muutoksissa kuin työn suunnittelussa koettiin tulevaisuuden näkymissä tärkeiksi asioiksi ottaa huomioon (taulukko 3).

Taulukossa 5 on tiivistetty fokusryhmähaastattelun ja Service blueprintingin kautta esiin nousseet ja huomioon otettavat asiat. Kyseiset asiat kuten lähetekäytäntö, prosessien rakenteet, suunnittelu ja kehittäminen sekä asiakkaiden kuulluksi tuleminen, dialogisuus, tasavertaisuus, luottamus, avoimuus, hierarkioiden vähentäminen, viestintä ja osallisuus, ovat tulosten tarkastelun mukaan kehittämis- ja parannuskohteita nuorisopsykiatriassa. Lähetekäytäntö tulee esille kahteen otteeseen haastattelussa: ensimmäisessä ja kolmannessa kysymyksessä sekä

vielä Service blueprintingin kautta, kuten myös prosessien suunnittelu, miettiminen ja kehittäminen.

fokusryhmähaastattelu			Service blue-printing
1. Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	2. Asiakastyytyväisyyden toteutuminen	3. Asiakaslähtöisen työn tulevaisuudennäkymät	
lähetekäytäntö	dialogisuus	työn suunnittelu	lähetekäytäntö
prosessien suunnittelu	tasavertaisuus	työn rakenteet	prosessien miettiminen ja kehittäminen
kuulluksi tulo	kuulluksi tulo	lähetekäytäntö	
	avoimuus	viestintä	
	luottamus	osallisuus	
	hierarkioiden vähentäminen		

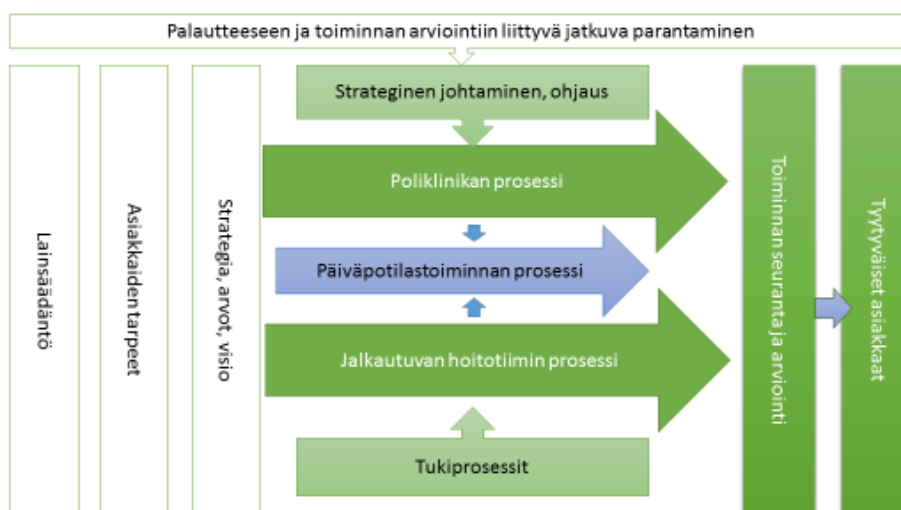
Taulukko 5: Fokusryhmähaastattelu ja Service blueprinting - kehittämisehdotukset

5.3 Tulevaisuuden näkymät nuorisopsykiatrian muutoksessa kohti avohoitoa

Kyseisessä kehittämisympäristössä työtä tekevänä ja toimivana sairaanhoitajana, näkemykseni on, että kehitystyölle on paljon mahdollisuuksia jatkossa. Tämän toimintatutkimuksen sisältämät menetelmät ja esille tulleet asiat liittyen HUS-asiakastyytyväisyyskyselyyn ja hoitohenkilökunnan haastatteluun, laatukuilumallien ja prosessikuvaksen ohella (taulukko 1, 2, 3, 4 ja 5), avaavat näköaloja ja tietoa jatkokehittämisen pohjaksi. Kokemusasiantuntijoiden kasvava käyttö hoidon suunnittelussa ja tiedon lisäämisessä on tärkeää, kuitenkin jatkuvasti miettien, kuinka kokemusasiantuntijoiden käyttö ja heidän tiedoistaan saatava hyöty parhaiten tulisi osaksi hoitokulttuuria. Kysyntäpiikkien tarkempi huomioiminen ja työn suunnittelu ja sovittaminen työntekijöitä kuunnellen sen mukaan, mahdolliset pullonkaulat, joita on tarkasteltu HUS tasolla LEAN Management filosofiankin (Mäkijärvi 2010) kautta sekä työntekijöiden integroiminen kehitystyöhön aktiivisemmin työnsä parhaina asiantuntijoina, palvelisi organisaatiota niin henkisesti kuin kustannustehokkaastikin.

Lähetekäytännön miettiminen sairaanhoitopiirin ja yhteistyökuntien ja -kaupunkien kanssa, paikalliselle tasolle sopivalla kustannustehokkaalla tavalla olisi mielekästä, varsinkin kun HUS:n reuna-alueiden kuntien ns. matalankynnyksen palvelut eivät ole verrattavissa pääkaupunkiseudun vastaaviin palveluihin, jotka toimivat perusterveydenhuollossa. Pääkaupunkiseudun kaupungeissa on kattavaa ja monipuolista matalankynnyksen palvelua, joka on mahdollista suuremman väestöpohjan ansiosta, mutta pienillä paikkakunnilla ja reuna-alueiden kunnissa mahdollisuus vastaavanlaisiin matalankynnyksen palveluihin on erilainen.

Tulevaisuuden kehityksenä ja muutoksena on kehittämisympäristössä tapahtuva nuorisopsykiatrisesta päivystysosastosta luopuminen, osastopaikkojen siirto ja integroiminen kokonaan avohoidon päiväpotilaspaikoiksi. Päiväpotilaspaikkoja tulee olemaan 5 kpl. Päiväpotilastointi toimii jatkossa päiväosastona, ainoastaan kahdelle nuorelle on optioitu yöpymismahdollisuus aikuispsykiatrisen osaston 8+2 - paikkaisen tukiosaston yhteyteen. Nuorisopsykiatriseen jalkautuvaan työhön, jota tällä hetkellä on hoitanut kaksi eri työparia vaihdellen jalkautuvan työn ja osastohoidon välillä, on suunniteltu 1 hoitaja lisää, yhteensä siis 3 hoitajaa jalkautuvaan työhön. Myös tuleva sote-uudistus ja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus uudistus ohjaa kunnallista päätöksentekoa ja muokkaa yhdessä sairaanhoitopiirien kanssa toimivampia käytäntöjä, ja tavoitteena on hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeä palveluketjujen saumaton kokonaisuus. Kuviossa 12 on kuvattu avohoidon prosessikartta muutosten jälkeen.



Kuvio 12: Avohoidon prosessikaavio muutosten jälkeen (JHS 152)

6 Kehittämistyön arviointi

Kehitystyö lähti liikkeelle tammikuussa 2015 pidetystä kehityspäivästä ja kehittämistyön aihe valikoitui tammikuun 2015 kehittämispäivän materiaaleista ja yhteisistä keskusteluista osastonhoitajan ja ylihoitajan kanssa. Kehittämispäivällä mietittiin hoitoa, ammatillisuutta ja tulevaisuuden kehityskohteita. Asiakkaan kohtaaminen ja hoidon laatu, luottamus, kuka tekee mitä, moniammatillinen työote, työilmapiiri, sekä mitä on asiakaslähtöisyys, olivat teemoja, joihin toivottiin kiinnitettävän huomiota. Henkilökunnan kuulluksi tuleminen oli tärkeää; se, mistä fokukselta teemme työtä; teemmekö työtä työntekijä- vai asiakaslähtöisesti. Myös työskentelykulttuuri ja kulttuurin muutos, olivat aiheita, jotka tiivistyivät lähtökohdiksi kehityspäivän teemojen pohjalta. Asiakaslähtöisyyttä voitiin pitää ylläoleville aihealueille yhtei-

senä käsitteenä ja tavoitteena. Tätä lähdettiin selvittämään tässä kehittämistyössä ja vastauksia edellä mainituille kysymyksille saatiin.

6.1 Kehittämistyön menetelmien arviointi

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksen keinoja hyväksikäyttäen.

Toimintatutkimuksessa toteutuivat niin tutkimus ja toiminta samanaikaisesti.

Toimintatutkimus liittyi oleellisesti käytännön työelämään ja siellä oleviin käytännön ongelmiin, niiden tiedostamiseen ja poistamiseen. Se nähdään tässä myös toimijoista kumpuavana voimana ja toimintana. Toimintatutkimuksessa kehittämiskohde on käytäntöjen sujuvuuden edistäminen ja parantaminen. Se pitää sisällä lupauksen paremmasta, se nähdään myös demokraattisena toimintana, joka lähtee niistä, joita ongelma koskee ja heidän voimastaan löytää itse ratkaisun ongelmaan. Toimintatutkimuksella pyritään todellisuuden muuttamiseen, mikä tarkoittaa käytännön toiminnan ja teoreettisen tutkimuksen vuorovaikutusta. (Kananen 2014, 11; Somekh 2006, 6–8.; Ojasalo ym. 2014, 58.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin niin kvantitatiivista (HUS-asiakastyytyväisyyskysely) kuin kvalitatiivista menetelmää (Fokusryhmähaastattelu). Oleellisina elementteinä toimintatutkimuksessa voidaan pitää toiminnan kehittämistä, yhteistoimintaa, tutkimusta ja tutkijan mukana oloa. Muutoksen kohteena ovat olleet asiakkaisiin ja työntekijöihin liittyvät prosessit tai toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan kohteeksi valitun ilmiön tilaa. (Kananen 2014, 117.)

Laatukuilumalli sopi tarkasteluun palvelun laadusta palvelun saajan ja palvelun tarjoajan välillä. Kuiluanalyysillä selvitettiin viiden erilaisen kuilun eli vertailukohdan avulla, mitä palvelussa todellisuudessa tapahtuu ja toisaalta sitä, mitä tulisi saada aikaan. (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985; Ojasalo ym. 2014, 187.) Tätä kautta tulee havainnolliseksi asiakastyytyväisyyskyselyjen käyttö tai muut markkinatutkimukset, jotka tuovat esille, miten voidaan vaikuttaa asiakkaan palvelusta kokemaan ja saatuun laatuun.

Service blueprinting (Kuva 7) menetelmänä antaa kaikille avautuvan visuaalisen työkalun tarkastella asiakkaan roolia prosessissa. Menetelmän avulla kaikilla on mahdollisuus nähdä, kuinka heidän työtehtävänsä liittyvät osaksi suurempaa kokonaisuutta, osaksi asiakkaiden prosessia. Se auttaa näkemään palveluprosessin kriittisiä ja heikkoja kohtia, jotka todennäköisesti kaipaavat tarkkailua ja kehittämistä. (Bittner ym. 2007, 7–9; Ojasalo ym. 2014, 182.)

Tämän työn kehitystehtävänä oli kartoittaa niin asiakkaan näkökulmasta asiakaslähtöisyyden toteutumista nuorisopsykiatriassa valmiin HUS-asiakastyytyväisyyskyselyn avulla, kuin kartoittaa fokusryhmähaastattelun avulla nuorisopsykiatrisen avohoidon hoitohenkilökunnan näkemyksiä, toiveita ja tarpeita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle. Nämä kaikki menetelmät,

yhdessä tai erikseen, osoittavat, että tämän kehittämistyön tavoite on saavutettu, kun tavoite oli tuottaa tietoa tietojohdamisen avuksi psykiatrian muutoksissa kohti avohoidon kehittämistä. Laatukuilumallia ja Service blueprinting menetelmää voidaan käyttää jatkossa avohoidon muutoksissa kohti uusia toimintoja ja muutenkin, kun tavoitellaan uusien toimintojen sujuvuutta, asiakaslähtöisyyttä ja taloudellisuutta. Saavutettiin myös tavoitteena ollut asiakastyytyväisyyskyselyn aktivointi käyttöön osaksi työn arkea mittaamaan hoidon laatua ja vaikutavuutta.

6.2 Kehittämistyön tulosten arviointi ja validiteetti

Asiakastyytyväisyyskyselyn vastauksia saatiin avohoidossa yhteensä kolmetoista (n=13) ajalta helmi-huhtikuu eli 9,1 % suhteessa kaikkiin avohoidossa hoidettuihin nuoriin. Osastolta saatiin yhteensä kahdeksan (n=8) vastausta ajalta helmi-kesäkuu eli yhteensä 40 % osastohoidossa olleisiin nuoriin. Fokusryhmähaastatteluun otti osaa lopulta seitsemän (n=7) hoitajaa, osallistumisprosentin ollessa 41 %.

Toimintatutkimuksen tavoitteet saavutettiin. Toimintatutkimuksen luonteen mukaisesti kehittämiskohteessa saatiin kehittämistyön myötä näkyviin työkulttuureja, valtarakenteita tai asenteita, joita ei muutoin välttämättä ilmenisi tai joita ei nähtäisi. Toimintatutkimuksella tuotettiin monipuolista aineistoa ja sen pohjalta tutkimuksellista uutta tietoa. Jatkossa työyhteisössä voidaan kehittää toimintaa analyysien pohjalta havaittujen ongelmien ratkaisemiseksi. (Ojasalo ym. 2009, 58–59.)

Tämän kehittämistyön voi nähdä mahdollisuutena olla rakenteita ja työtapoja tarkastelevana tietolähteenä psykiatria koskevassa muutoksessa, koskien erään sairaanhoitoalueen nuorisopsykiatria. Resurssien vähentäminen, päivityksellisestä osastohoidosta luopuminen ja muutos kohti avohoitopainotteisempaa työtapaa antavat mahdollisuuden tarkastella uudestaan totuttuja tapoja tehdä töitä. Tarkastelu asiakkaan lähtökohdista ja näkökulmista auttaa työyhteisöä ajattelemaan ja kehittelemään yhä asiakaslähtöisempiä tapoja tehdä töitä, ottaen myös huomioon työntekijöiden tarpeet ja toiveet. Tämä kehittämistyö voi myös toimia muualla, vastaavanlaisten palveluiden kehittämisen välineenä. Kehittämistyö voi toimia mallina, joissa laatukuilumallinnoksen ja Service blueprintingin yhdistäminen asiakaskyselyyn ja henkilökunnan kuulluksi tulemiseen voivat tuoda välineitä kehitettävän asian eteenpäinviemiseksi.

Työelämlähtöisessä kehittämistyössä korostuvat niin tieteen tekemisen kuin organisaatiomaailman eettiset säännöt (Ojasalo ym. 2014, 48). Tässä kehittämistyössä ei ole kerätty henkilötietoja eikä asiakastietoja. HUS-asiakastyytyväisyyskyselyn vastaukset on annettu anonymisti, eikä vastauksia voi yhdistää asiakkaaseen. Fokusryhmähaastatteluun

osallistuminen oli vapaaehtoista ja hoitohenkilökunta sai tutustua kysymyksiin ja aihealueeseen etukäteen. Henkilökuntaa informoitiin asiasta suullisesti ja informaatio ja kutsukirje lähetettiin myös sähköpostitse. Haastattelu nauhoitettiin, jonka jälkeen tehtiin tarkka sisällönanalyysi (Mäntyranta & Kaila 2008; Toikko & Rantanen 2009; Tuomi & Sarajärvi 2009).

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. HUS-asiakastytyväisyyskysely voidaan toistaa samanlaisena kaikille HUS:n asiakkaille ja potilaille. Validius eli pätevyys tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validius merkitsee kuvauksen ja siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta ja se koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Tutkimuksen validiutta lisää se, että tässä kehittämistyössä käytettiin niin määrällistä kuin laadullistakin menetelmää. (Hirsijärvi ym. 2008, 226–228.) Niin asiakastytyväisyyskyselyllä kuin fokusryhmähaastattelulla saadut tulokset, yhdessä laatukuilumallin ja Service blueprin-tingin ohella, ovat kohdennettavissa vain kyseisessä erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatriassa, eikä saatuja tuloksia voida suoraan vertailla alueellisten erityisolosuhteiden vuoksi muihin HUS-alueen nuorisopsykiatrian toimipisteisiin. Kuitenkin, tässä kehittämistyössä käytetyt mallit ja menetelmät voivat olla vastaavanlaisissa kehittämistehtävissä oivallisia työvälineitä selkiyttämään nykytilaa ja avaamaan ongelmakohtia, vieden kehittämistä kohti työtapojen kokonaisvaltaista muutosta asiakaslähtöisempään suuntaan.

6.3 Kehittämistyön eettisyys ja luotettavuus

Asiakastytyväisyyskyselyt olivat vapaaehtoisia eikä vastauksen antajaa voi tunnistaa. Fokusryhmähaastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista. Aineistolähtöisessä analyysissä teoreettiset käsitteet on osaksi luotu aineistosta; toisaalta aineisto on ollut teoriaohjaavaa, jossa käsitteet on tuotu ilmiöstä jo tiedettynä. Tämä on kuvattu fokusryhmähaastattelulla saatujen tulosten mukaan (taulukot 1,2 ja 3). (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.) Kehittämistyön tekijä ei puuttunut ryhmän keskusteluun, vaikka on haastateltavien ohella kehittämisympäristössä töissä sairaanhoitajana ja kollegana, vaan oli keskustelutilanteessa neutraali. Haastattelija eli tämän kehittämistyön tekijä huolehti ajankulusta ja siitä, että kaikille kolmelle kysymykselle jäi riittävä aika keskustelussa. Sisällön muodostivat haastateltavat keskustelemalla. Keskustelu eteni vapaasti ja keskustelutilanne oli tasavertainen ja kaikkien ääntä kuuleva. Haastattelu nauhoitettiin, litteroitiin tarkasti ja tehtiin sisällönanalyysi. Kaikki tässä tuotoksessa käytetty materiaali myös hävitetään tämän työn valmistumisen jälkeen. (Mäntyranta & Kaila 2008; Toikko & Rantanen 2009; Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Litterointi oli osittain haastavaa, koska aihepiirit kaikissa kolmessa kysymyksessä menivät toistensa kanssa usein limittäin ja lomittain, kuten analyysistä lukija voi huomata. Sisällön analyysin koin ajoittain haastavaksi ja työlääksi, koska merkitysyhteydet ja sisällöt menivät kaikissa kysymyksissä hieman päällekkäin. Esimerkiksi muutostilanne, lähetekäytäntö, kuul-luksi tuleminen ja kohtaaminen tulivat jokaisessa kysymyksessä hieman eri tavalla esille. Analyysi on kirjoitettu mahdollisimman tarkasti siinä aikajärjestyksessä kuin keskustelu käytiin, jotta lukija voi päästä aihepiirien limittävyyteen hyvin mukaan. Sisällönanalyysia tarkastettiin useita kertoja ja merkitysyhteyksiä mietittiin useaan eri otteeseen. Haasteellista oli myös tarkastella kaikkia tuloksia yhdessä ja yrittää tuoda lukijaa kyllästyttämättä kaikki oleellinen tieto esille niin laatukuilumallista, Service blueprintingistä, asiakastytyväisyyskyselystä kuin fokusryhmähaastattelusta.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta kasvattaa työn tekijän perehtyneisyys kehitettävään kohteeseen. Kokemus jalkautuvan, nuorisopsykiatrisen työparityön aloittamisesta, vuodesta 2011 alkaen ja mukana oleminen jalkautuvan työn kehityksen eri vaiheissa, on hyvin sisäsyntyistä tämän kehittämistyön tekijällä. Toimiminen ajoittain myös osastotyön vahvuudessa on antanut laajaa perspektiiviä tarkastella niin avohoidon kuin osastonkin toimintakulttuureja ja kehittämisen tarpeita. Asiakkaan toimintaprosessi nuorisopsykiatriassa (Kuvio 7) tehtiin osittain kokemuseräisen ja hiljaisen tiedon pohjalta, toimintaprosessia työstettiin myös yhdessä jalkautuvan työparin kanssa. Asiakkaan toimintaprosessin kuvauksessa (Kuvio 7) on avohoidon ja jalkautuvan työn prosessikuvaukset, jotka on löydetty Nuorten mielenterveys- ja päihde-työn hoitoketjusta. Työ esitellään työryhmälle syyskuussa 2015. Työ myös esitetään nuorisopsykiatrian verkostopäivillä lokakuun 2015 alussa.

6.4 Johtopäätökset ja jatkokehittäminen

Kiviniemen ym. (2014, 32) mukaan asiakaslähtöisen toimintatavan aikaansaaminen vaatii muutoksia niin prosesseissa, tekniikoissa, rakenteissa ja infrastruktuurissa. Osastohoito eräässä erikoissairaanhoidon nuorisopsykiatrisessa yksikössä tulee loppumaan psykiatrian muutosten vuoksi vuoden 2016 lopussa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa sekä asiakaslähtöisyyden toteutumista nuorisopsykiatrisessa avohoidossa valmiin HUS-asiakastytyväisyyskyselyn avulla, että kartoittaa fokusryhmähaastattelun avulla nuorisopsykiatrisen avohoidon hoitohenkilökunnan näkemyksiä, toiveita ja tarpeita asiakaslähtöisyyden toteutumiselle, miten asiakaskaslähtöinen hoito toteutuu eräässä nuorisopsykiatrian yksikössä.

Tammikuun 2015 kehittämispäivän teemat ovat työn tulosten tarkastelun jälkeen edelleen ajankohtaisia. Tällöin asiakkaan kohtaaminen ja hoidon laatu, luottamus, kuka tekee mitä, moniammatillinen työote, työilmapiiri, mitä on asiakaslähtöisyys, olivat teemoja, mihin työ-

kentelyn toimintatavassa tulisi kiinnittää huomiota. Henkilökunnan kuulluksi tuleminen nousi silloin tärkeäksi aiheeksi, jota se on kaikkien tulosten jälkeen edelleenkin. Myös työskentely-kulttuuri ja kulttuurin muutos nousivat tammikuun 2015 kehittämisspäivällä esille. Juutin (2005, 29–30) mukaan organisaation ihmiset toimivat tiettyjen roolien sisällä. Hoitokulttuuri ilmentää sitä, miten toimintayksikön hoitajat ovat tottuneet toimimaan ja puhumaan. Työilmapiiri koostuu ja juontuu hoitokulttuurista, se syntyy myös jokaisen ihmisen toiminnasta. (Virtainlahti 2009, 163–164.) Laakkosen (2004, 41) mukaan se perustuu yhteiseen historiaan ja on opittu vähitellen arkipäivän työtilanteissa. Tämä edellyttäisi Haarakankaan (2008, 127) mukaan sitä, että asiantuntijat kokisivat olevansa osa tiimiä tai työryhmää yhdessä monien muiden työntekijöiden ja ammattikuntien edustajien kanssa edellyttäen verkostoitumista ja yhteistyötä heidän kanssaan. Tammikuun 2015 kehittämisspäivällä nousi myös keskeisenä esille se, mistä fokuksista teemme työtä; teemmekö työtä työntekijä- vai asiakaslähtöisesti. Tämä tiivistä kehittämistyön sisällön ja raamit, asiakaslähtöisen hoitotyön toteutumisen ja tarkastelun eräessä nuorisopsykiatrisessa yksikössä.

Laadukas asiakaslähtöinen hoito on kehittämistyön tulosten valossa kokemusta ja taitoa, ja se on vahvaa ammatillisuutta ja sitoutuneisuutta työhön, nuorten ja heidän perheiden kohtaamiseen ja auttamiseen. Se koostuu arvoista, etiikasta ja hoitokulttuurista. HUS-arvot, yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus, luottamus sekä keskinäinen arvostus tuovat meidät tarkastelemaan lähemmin tässä opinnäytetyössä esille tulleita asioita. Jotta asiakaslähtöisyys ei olisi pelkkä itseisarvo, jolloin asiakkaan kanssa toimimisen tapoja ei välttämättä huomata kyseenalaistaa ja tarkastella omassa työyhteisössä (Virtanen ym. 2011, 46–47), on tässä työssä lähdetty asiakaslähtöisyyttä ja sen toteutumista tarkemmin tutkimaan.

Kiviniemen ym. (2014, 53–55) mukaan toimivat julkiset palvelut tuottavat arvoa ja palveluiden tuottama arvo liittyy laatuun. HUS-arvoja sekä nuorisopsykiatrian arvoja on tarkasteltu nuorisopsykiatrisella osastolla nyt useamman kerran: toteutuvatko arvot arjen työssä ja kuinka niiden toteutumista voisi jatkossa parantaa. Aaltosen ym. (2003, 93–111) mukaan ydintaroituksen tunnistaminen ei ole aina helppoa ja organisaatiokulttuurin hahmottaminen on ehkä vaikein osa arvokeskustelua. HUS:n arvot ihmisten yhdenvertaisuudesta antavat tämän kehittämistyön tulosten valossa aihetta suunnata työyhteisön voimavaroja yhdenvertaisuuden parantamiseen. HUS-arvojen mukaan määriteltyyn potilaslähtöiseen toimintatapaan, joka olisi korkealaatuista ja tehokasta, on halua. Ammattitaitoa ja mahdollisuuksia on, mikäli avoimuutta, luottamusta ja keskinäistä arvostusta kehitetään ja parannetaan yli ammattikuntien. Jatkossa, riippuen esille nousseista tuloksista, saattaa olla kiinnostavampaa ja informatiivisempaa luoda nuorille ja heidän vanhemmilleen uusi kysely, joka voisi ehkä mitata tarkemmin tai paremmin nuorisopsykiatrian erityisiä tarpeita, toiveita ja kehittämisalueita alueellisesti. Jatkokehitystehtävänä voisi olla käydä prosessia tarkemmin yhdessä asiakkaan kanssa ja sel-

vittää, mitä kaikkea he kokevat saadun hoidon aikana. Laatukuilujen ja haastattelun tulosten perusteella tulisi ottaa henkilökunnan ja työn organisoinnin kautta sellaisia asioita huomioon, jotka vaikuttavat työviihtyvyyteen, työtyytyväisyyteen, tätä kautta asiakastyöhön ja asiakkaan kohtaamiseen sekä yhteistyöhön organisaation sisällä. Viitasaaren (2012, 43) mukaan jatkossa asiakaslähtöisessä palveluiden kehittämisessä tulisikin ensin analysoida asiakaslähtöisyyden käsitteen määritelmä ja sen merkitys eri toimijoille.

Kiinnostus ja innostus tämän työn tekemiselle heräsivät tammikuussa 2015, kehittämispäivän teemojen pohjalta. Työn tekeminen on ollut mielenkiintoista ja opettavaista. Yhteistyö työnantajan kanssa on ollut sujuvaa ja vapaata. Vasta näin loppumetreillä työn tuloksia tarkasteltaessa, kaikkien tulosten yhteen vetämisen jälkeen, tämän työn kaikki eri osa-alueet tiivistyivät yhteiseksi kokonaisuudeksi, josta voi olla tulevaisuuden kehitystyössä jatkossa hyötyä.

Vaikka tämä kehittämistyö ei ole ollut osana mitään suurempaa kehittämishanketta, voi esille tulleita kehittämistyön malleja ja menetelmiä käyttää jatkossa tilanteissa, joissa asiakaslähtöisyys on toiminnan tavoitteena, ja joissa kustannustehokkuutta, toimintojen sujuvuutta ja mielekkyyttä niin asiakkaan, kuin työntekijänkin kannalta, halutaan kehittää. Prosessien kehittäminen liittyy aina organisaation kehittämiseen ja suunnitteluun, siksi kehittämisen pohjana ovat samat strategiat, toimintaperiaatteet ja visiot, jotka ohjaavat organisaation toimintaa (JHS 152, 3.) Näissä tilanteissa nykytilan selvittäminen laatukuilumallin ja Service blueprintingin kautta osoittavat työssä kehitettävät prosessit, kuilut ja pullonkaulat. Asiakaskyselyllä ja henkilökunnan haastattelulla saadaan asiakkaan ja henkilökunnan näkemykset esille, tämän jälkeen tehdään tulosten yhteenveto näistä neljästä menetelmästä. Niiden vertailu toisiinsa, avaavat varmasti kehittyvälle ja oppivalle organisaatiolle elementtejä, joista käsin lähteä parantamaan palveluita kohti asiakaslähtöisempiä ja kustannustehokkaampia toimintatapoja. Alla olevassa taulukossa 6, on esitelty nelivaiheinen arviointimalli asiakaslähtöisyyden kuvaamiseen, mittaamiseen ja kehittämiseen. Tätä mallia voidaan käyttää missä tahansa organisaatiossa, jossa asiakas nähdään toimintojen keskiössä.

NYKYTILAN SELVITYS	ASIAKKAAN/HENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSET
<p>1. Laatukuilumalli</p> <p>Laatukuilumallin avulla voidaan tarkastella palvelun laatua palvelun saajan ja palvelun tarjoajan välillä. Kuiluanalyysillä selvitetään viiden erilaisen kuilun eli vertailukohdan avulla, mitä palvelussa todellisuudessa tapahtuu ja toisaalta sitä, mitä tulisi saada aikaan.</p>	<p>3. Asiakaskysely</p> <p>Markkinatutkimus, jotta tiedetään mitä asiakas odottaa, toivoo. Asiakaskyselyn kautta saadaan näkemyksiä toiminnan kehittämiseksi ja päätöksenteon tueksi.</p>
<p>2. Service blueprintig</p> <p>Service blueprinting korostaa asiakkaan roolia prosessissa. Menetelmä antaa työntekijöille mahdollisuuden nähdä, kuinka heidän työtehtävänsä liittyvät osaksi suurempaa kokonaisuutta ja osaksi asiakkaiden prosessia. Se auttaa näkemään palveluprosessin kriittisiä ja heikkoja kohtia, jotka todennäköisesti kaipaavat tarkkailua ja kehittämistä.</p>	<p>4. Henkilökunnan haastattelu</p> <p>Henkilökunnan näkemykset, toiveet ja tarpeet kehittämiselle tulevat haastattelun kautta esille.</p>

Taulukko 6: Nelivaiheinen arviointimalli asiakaslähtöisen kehittämisen tueksi

Kehittämisympäristössä organisaation voimavarat ovat työntekijöiden vahvassa ammattitaidossa ja eettisissä toimintatavoissa, jossa arvot ovat sisäistettyinä ja elävät kohtaamisissa asiakkaiden kanssa- asiakassuhteen ollessa työn tärkeimpänä elementtinä. Dialogisen työyhteisön edellytys on tällöin työntekijöiden tasa-arvoisuus, jolloin työyhteisön toiminta perustuu työryhmätyöhön ja jaettuun asiantuntijuuteen, jossa ymmärrystä etsitään yhteisesti avoimessa dialogissa. (Haarakangas 2008, 128–129.) Kehittämisympäristö, nuorisopsykiatrinen yksikkö, voi olla tulevaisuudessa omalla asiakaslähtöisellä ja tietoisella toiminnallaan suunnannäyttäjä, mikäli toimintaympäristöä uskalletaan tarkastella kriittisesti, jatkaa arvokeskustelun käymistä, parantaa HUS-arvojen toteutumista ja hoitokulttuurin muuttamista dialogisempaan ja avoimempaan suuntaan ja lähteä kehittämään työtä ja työyhteisöä ottamalla työntekijät tasavertaisina toimijoina, asiantuntijoina ja kehittäjinä mukaan aidosti: olla oppiva organisaatio, jossa osataan tulkita toiminnan puutteita, omata tietoisuutta toiminnan parantamisen tavoista ja jossa on kykyä uudistaa toimintamalleja (Kiviniemi ym. 2014, 107). Tässä työssä esille tulleilla malleilla ja menetelmillä voidaan lähestyä tätä tavoitetta. Tuleva työ sote-uudistuksen keskellä antaa mahdollisuuksia kohdata ja johtaa tiedolla tulevia haasteita ja muutoksia, koskien yhteistyötä rajapinnoissa yhdessä perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden kanssa.

Lähteet

- Aaltonen, T., Heiskanen, E. & Innanen, P. 2003. Arvot yksilön ja työyhteisön kehittäjänä. Helsinki: WSOY.
- Ahonen, R. & Lohtaja-Ahonen, S. 2011. Palaute kuuluu kaikille. Espoo: Infor.
- Ahonen, M. 2011. Avoin dialogi nuorisopsykiatriassa hoitajien kokemana. Tampereen Yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 16.2.2015.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83020/gradu05451.pdf?sequence=1>
- Antikainen, R. & Ranta, M. (toim.) 2008. Kohti vastavuoroisuutta, psykoterapeuttinen hoitosuhde. Helsinki: Duodecim.
- Bitner, M., Ostrom, A. & Morgan, F. 2007. Service blueprinting: A practical Technique for Service Innovation. Arizona State University. Viitattu 2.3.2015.
<http://files.g51studio.com/parsons/ServiceBlueprinting.pdf>
- ETENE. Mielenterveysetiikka-sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. 2009. Julkaisu 25. Helsinki: Yliopistopaino.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17132&name=DLFE-522.pdf
- ETENE. Lapsuuden ja nuoruuden etiikka sosiaali- ja terveysalalla. 2013. Julkaisu 41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=638150&name=DLFE-6303.pdf
- Eksote. Etelä-Karjalan sosiaali ja terveydenhuollon kuntayhtymän Strategia 2014-2018. Viitattu 1.8.2015.
<http://www.eksote.fi/Fi/Eksote/Ajankohtaista/Tiedotearkisto/Documents/Eksoten%20strategia%202014%E2%80%932018.pdf>
- Haakana, M. & Näppi, K. 2013. Asiakastyytyväisyyden edistäminen Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden terveysasemilla. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Terveystieteiden edistämisen koulutusohjelma. Saimaan ammattikorkeakoulu. Viitattu 13.2.2015.
http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63599/Haakana_Mari.pdf?sequence=1
- Haarakangas, K. 2008. Parantava puhe. Helsinki: Magentum.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) 1999. Psykoosi-uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen- avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Porvoo: Wsoy.
- Hirsijärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. 13.-14. painos. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- HUS/Asiakastyytyväisyys- ja palautteet. Ohje henkilökunnalle 09/2012. Tulostettu 2.3.2015. Hus-Intranet.
- HUS-psykiatrian toimintasuunnitelma 2010-2015. 2013. Viitattu 20.2.2015.
<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20131698-4-81067.PDF>
- HUS-alueen psykiatrian kokonaissuunnitelma 2015-2019. 2015. Viitattu 20.2.2015.
<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20151938-5.PDF>

Hus-strategia 2012-2016. Viitattu 1.3.2015. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/hallinto-ja-paatoksenteko/hallinto/strategia/Documents/HUS%20strategia%202012-2016.pdf>

HUS Asiakastyytyväisyyskysely/ Palautetta HUS:lle. Viitattu 1.3.2015. http://www.hus.fi/potilaalle/palaute_hoidosta/Sivut/default.aspx

Jalava, U. & Virtanen, P. 1996. Laatu, innovaatio ja projekti: Hyvinvointipalvelujen kehittämisen ydinkysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.

JHS 152- suositus. Prosessien kuvaaminen. Viitattu 10.4.2015. <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs152>

Juuti, P. 2003. Johtamisen ja organisaation alitajunta. 3.painos. Keuruu: Otava.

Juuti, P. 2005. Toivon johtaminen. Helsinki: Otava.

Järnström, S. 2011. ”En tiedä, mitä ne ajattelee mun kohtalokseni”- Etnografinen tutkimus asiakkuudesta ja asiakaslähtöisyydestä geriatrisessa sairaalassa. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 11.3.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66771/978-951-44-8508-4.pdf?sequence=1>

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona- Miten kirjoitan toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä-integroitu kirjallisuuskatsaus. STM raportteja ja muistioita 2011:16. Helsinki. Viitattu 7.8.2015. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111784/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223159.pdf?sequence=1>

Kiviniemi, L., Läksy, M-L., Matinlauri, T., Nevalainen, K., Ruotsalainen, K., Seppänen, U-M., Vuokila-Oikkonen, P. 2014. Minä mielenterveystyön tekijänä. Helsinki: Edita.

Kontio, R. 2011. HUS psykiatrian projektiraportti. Viitattu 2.4.2015. <http://hus01.tjhosting.com/kokous/20121386-7-68314.PDF>

Kostiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen, P., & Rotko, T. 2014. Kokemukset käyttöön-kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. THL Työpaperi 36/2014. Viitattu 24.4.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125488/URN_ISBN_978-952-302-373-4.pdf?sequence=1

Laakkonen, A. 2004. Hoitohenkilöstön ammatillinen kasvu hoitokulttuurissa. Väitöskirja. Tampere: Tampereen Yliopisto. Viitattu 13.2.2015. <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67361/951-44-5923-7.pdf?sequence=1>

Laihon, Hannula, Helander, Ilvonen, Jussila, Kukko, Kärkkäinen, Lönnqvist, Myllärniemi, Pekkola, Virtanen, Vuori ja Yliniemi. 2013. Tietojohtaminen. Tampereen teknillinen yliopisto, Tietojohtamisen tutkimuskeskus. Viitattu 16.2.2015. <http://dspace.cc.tut.fi/dpub/bitstream/handle/123456789/21534/tietojohtaminen.pdf?sequence=1>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Itäsuomen Yliopisto. Viitattu 6.3.2015. http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveys-ja_paihdeyossa_Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785).
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leväsluoto, J. & Kivisaari, S. 2012. Kohti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelumalleja. Espoo: VTT Technology. Viitattu 12.8.2015.
<http://www.vtt.fi/files/sites/Mosaic/9.pdf>

Mieli 2009-2015. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Viitattu 20.2.2015.
<http://www.thl.fi/documents/10531/95613/Raportti%202011%206.pdf>

Mielenterveyslaki (14.12.1990/1116).
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mielenterveyslaki>

Mäkijärvi, M. 2010. Lean-menetelmä suomalaisessa terveydenhuollossa-kokemuksia ja haasteita HUS:ssa. Sosiaali- ja terveysjohtamisen MBA 5/2010. Tampereen Yliopisto. Viitattu 5.3.2015. http://www.hus.fi/hus-tie-toa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Yleinen%20piilokirjasto%20yksittisille%20tiedostoille/Lean-menetelma_suomalaisessa_terveydenhuollossa.pdf

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.

Mäntyranta, T. & Kaila, M. 2008. Fokusryhmähaastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä lääketieteessä. Duodecim 2008;124:1507-13 Viitattu 21.3.2015. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo97349.pdf>

Nuorten mielenterveys- ja päihdetyön hoitoketju. HUS-Länsi-Uusimaa. Viimeisin muutos 5.6.2013. Viitattu 31.7.2015. www.terveysportti.fi

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. WSOYpro Oy.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 3.painos. 2014. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: SanomaPro.

Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for future Research. The Journal of Marketing, Vol. 49, No 4 (Autumn, 1985), pp 41-50. American Marketing Association. Viitattu 6.4.2015. <http://sistemas-humano-computacionais.wdfiles.com/local--files/capitulo:sistemas-de-servico/ServQual.PDF>

Potilaslaki. 17.8.1992/785. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Psykiatrinen hoitotahtoni. Tulostettu 31.8.2015. HUS-Intranet.

Rytilä, M. 2011. Tietoperustainen johtaminen palvelutoiminnan suunnittelussa julkisella terveydenhuoltoalalla. Väitöskirja. Rovaniemi: Lapin Yliopisto. Viitattu 15.3.2015.
http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61724/Rytil%C3%A4_Maari_DORIA.pdf?sequence=1

Seikkula, J. & Arnkil, T. 2011. 3. painos. Dialoginen verkostotyö. Tampere: Tammerprint.

Somekh, B. Action research. 2006. A methology for change and development. Open university press.

STM. Sote-uudistus. Viitattu 1.8.2015. <http://stm.fi/sote-uudistus>

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusuudistus. Viitattu 1.8.2015.
<http://stm.fi/monikanavarahoitus>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 20.2.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. Refinement hanke. Viitattu 10.4.2015.
<https://www.thl.fi/documents/10531/1449887/lansiuusimaa.pdf/7cf5131e-0878-41a1-a600-0d3d5ea5ceff>

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino.

Toikko, Timo. 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. Työpoliittinen aikakauskirja. 3/2006, 13-22.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Viitasaari, L. 2012. Asiakaslähtöisyys lasten ja nuorten palveluprosesseissa. ”Tajuataanko siellä ylhäällä mitä täällä alhaalla tarvitaan?” . A17/2012. Tampereen kaupunki.

Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalveluiden kehittämiseen. Tekes. Katsaus 281/2011. Helsinki. Viitattu 7.8.2015.
<https://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Kuviot

Kuvio 1: Toimintatutkimuksen iteraatioprosessien spiraalimainen kehä.....	22
Kuvio 2: Kehittämistyön kulku	24
Kuvio 3: Laatukuilumalli (Parasuraman, Zeithaml & Berry 1985, 44)	26
Kuvio 4: Service blueprint-prosessi (Ojasalo ym. 2014, 180–181)	28
Kuvio 5: Service blueprintingin komponentit	29
Kuvio 6: Avohoidon prosessikartta (JHS 152)	30
Kuvio 7: Asiakkaan toimintaprosessi nuorisopsykiatrisessa avohoidossa	31
Kuvio 8: Mielipiteet avohoidossa: Hoitoon tulo ja tiedon saanti	35
Kuvio 9: Mielipiteet avohoidossa: Hoito, hoidon turvallisuus hoitojakson aikana, hoitoympäristö ja kokonaisuus hoitojaksosta	36
Kuvio 10: Mielipiteet nuorisopsykiatrisella osastolla: Hoitoon tulo ja tiedonsaanti	37
Kuvio 11: Mielipiteet nuorisopsykiatrisella osastolla: Hoito, hoidon turvallisuus hoitojakson aikana, hoitoympäristö ja kokonaisuus hoitojaksosta	38
Kuvio 12: Avohoidon prosessikaavio muutosten jälkeen (JHS 152).....	63

Taulukot

Taulukko 1: Asiakastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät	43
Taulukko 2: Asiakslähtöisyyden toteutuminen	50
Taulukko 3: Asiakslähtöisen työn tulevaisuudennäkymät	52
Taulukko 4: Laatukuilumallin ja asiakastyytyväisyyskyselyn kehittämis ehdotukset	60
Taulukko 5: Fokusryhmähaastattelu ja Service blueprinting - kehittämis ehdotukset	62
Taulukko 6: Nelivaiheinen arviointimalli asiakslähtöisen kehittämisen tueksi	70

Liitteet

Liite 1. Haastattelu fokusryhmä.....	78
Liite 2. Kyselylomake, Asiakastyytyväisyyskysely	79


Liite 1. Haastattelu fokusryhmä

1. MITKÄ TEKIJÄT VAIKUTTAVAT ASIAKASTYYTYVÄISYYTEEN?
 - kokemuksia
 - odotukset
 - oma viitekehys, omat arvot
 - eettisyys
 - HUS- arvot
 - sanaton viestintä
 - työilmapiirin vaikutus
 - vuorovaikutus nuoren kanssa/ -tiimin sisällä
 - tiedon jakaminen työntekijöiden kesken
 - dialogisuus
 - kiire
 - meneillään oleva muutos
 - rakenteet
 - fyysiset elementit

2. MITEN ASIAKASLÄHTÖISYYS MIELESTÄNNE TOTEUTUU?
 - nuoren kanssa
 - perhetyössä
 - tuleeko kaikkien ääni esille?
 - dialogisuus
 - tiedetäänkö mitä nuori/perhe odottaa?
 - kuunnellaanko sitä, mitä nuori/perhe odottaa/toivoo?
 - prosessit
 - rakenteet
 - innovaatiot/ -osataanko hyödyntää, kuunnellaanko?
 - moniammatillisuus/ -miten valta ja vastuu jaetaan?
 - toteutuvatko HUS- arvot
 - avoimuus
 - luottamus
 - johtaminen: mitä tukea kaipaisit, tilat, koulutus, luottamus, palaute

3. MINKÄLAISET TULEVAISUUDENNÄKYMÄT ASIAKASLÄHTÖISELLÄ TYÖLLÄ ON?
 - avohoidon kehittäminen - mitä pitäisi ottaa huomioon?
 - mikä on hyvää ja toimivaa?

Liite 2. Kyselylomake, Asiakastyytyväisyyskysely

 **HELSINGIN JA UUDENMAAN SAIRAANHOITOPIIRI** **ASIAKASTYYTYVÄISYYS- KYSELY** 1 (2)

Pyydämme ystävällisesti vastaamaan asiakastyytyväisyyskyselyymme

Hoitoyksikkö:
(vastuuyksikkönumero)

Taustatiedot

Vastaaja: ☐ potilas, ☐ potilaan läheinen (esim. puoliso, vanhemmat, lapset), ☐ muu potilaan edustaja

Potilaan sukupuoli: ☐ nainen, ☐ mies







Potilaan syntymävuosi: _____

Kyselyä koskevan hoidon päättymispäivä tai hoitokäyntipäivä: _____ (pp.kk.vvvv)

Minne siirrytte sen jälkeen:
☐ kotiin tai muuhun vakituiseen asuinpaikkaan
☐ toiseen hoitoyksikköön, sairaalaan tai hoitolaitokseen

Psykiatria (vuodeosasto- ja poliklinikkahoito)

(Laittakaa rasti mielipidettänne kuvaavaan ruutuun)

	Täysin samaa mieltä 	Osittain samaa mieltä 	Ei samaa, eikä eri mieltä 	Osittain eri mieltä 	Täysin eri mieltä 	Ei koske minua 
Hoitoon tulo						
1. Sain riittävästi etukäteistietoja hoitoon tulosta (esim. ohjeet osastolle/poliklinikalle saapumisesta, miten pitää valmistautua toimenpiteeseen tai mitä tarvitsen mukaani)						
Tiedon saanti						
2. Pystyin asioimaan äidinkielelläni (suomi tai ruotsi)						
3. Sain tarvittaessa tulkin						
4. Sain tarvitsemani tiedot hoitopaikkani aikataulusta ja toiminnasta						
5. Sain tarvitsemani tiedot sairaudestani						
6. Sain tarvitsemani tiedot hoidostani						
7. Sain hoidon aikana tiedot tutkimuksista, toimenpiteistä ja niiden tuloksista						
8. Saamani tieto hoidostani ja tutkimuksista oli ymmärrettävää						
9. Jatkohoitoani suunniteltiin kanssani riittävästi (esim. kotiutuspäivä, jatkoseuranta, tarvittava ulkopuolinen apu)						
10. Läheiseni saivat tarvittavat tiedon hoidostani						
Hoito						
11. Hoitoni oli ammattitaitoista						
12. Hoitoani koskevat päätökset tehtiin yhdessä kanssani						
13. Henkilökunta kohteli minua hyvin						

Käännä

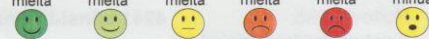


HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

ASIAKASTYYTYVÄISYYS-
KYSELY

2 (2)

Täysin samaa mieltä
Osittain samaa mieltä
Ei samaa, eikä eri mieltä
Osittain eri mieltä
Täysin eri mieltä
Ei koske minua



14. Hoitoni aloitettiin riittävän nopeasti
15. Sain lievitystä mahdollisiin oireisiini, kun siihen oli tarvetta
16. Mahdollinen pelkoni ja jännitykseni huomioitiin ja niitä lievitettiin
17. Sain hoitopaikkani muuttumisesta ajoissa tiedon
18. Hoito tai tutkimukset eivät aiheuttaneet minulle noloja tai kiusallisia tilanteita

Hoidon turvallisuus hoitojakson aikana

19. Tunsin oloni turvalliseksi hoidon tai tutkimuksen aikana
20. Arkaluontoisista asioistani puhuttiin siten, etteivät ulkopuoliset kuulleet niitä
21. Sain lääkkeeni oikein
22. Sairauteni tai hoitoni edellyttämä ruokavalio toteutui oikein

Hoitoympäristö

23. Pääsin liikkumaan tiloissa vaivattomasti (esim. WC-tiloihin, suihkuun jne.)
24. Tilat olivat siistit
25. Hoitoympäristöni oli rauhallinen

Kokonaisarvio hoitojaksosta

26. Saamani hoito oli hyvää
27. Voisin suositella tätä hoitopaikkaa muille
28. Pystyin arvioimaan saamaani hoitoa hyvin tämän kyselylomakkeen avulla

Mikäli olitte eri mieltä joidenkin väittämien kanssa, tarkentaisitteko miksi.

Muuta palautetta

Onko kyseessä: ☐ kiitos, ☐ moite, ☐ kehitysehdotus

Kiitos palautteestanne!

Käännä